

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FARMACEUTICKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

Katedra sociální a klinické farmacie

**ANALÝZA KONZULTAČNÍ ČINNOSTI
V LÉKÁRNĚ**

**ANALYSIS OF COUNSELING PRACTICES IN A
PHARMACY**

Diplomová práce

Vedoucí katedry: Prof. RNDr. Jiří Vlček, CSc.

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Josef Malý

Konzultant diplomové práce: Mgr. Michal Hojný

Hradec Králové 2011

Tereza OPAVOVÁ

Prohlášení:

Prohlašuji, že tato práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerá literatura a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, jsou uvedeny v seznamu použité literatury a v práci řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Hradci Králové

Dne.....

Podpis.....

Poděkování:

Tímto bych ráda poděkovala všem, kteří přispěli k vytvoření této diplomové práce. Velké díky patří především vedoucímu práce Mgr. Josefu Malému za cenné připomínky, rady a hlavně čas, který mi věnoval. Dále pak Mgr. Michalu Hojnému za konzultace a v neposlední řadě mým rodičům a příteli za veškerou podporu, kterou mi poskytovali po dobu mého studia.

Abstrakt

Analýza konzultační činnosti v lékárně

Autor: Tereza Opavová¹

Vedoucí diplomové práce: Josef Malý^{1,2}

Konzultant diplomové práce: Michal Hojný³

¹ Katedra sociální a klinické farmacie, Univerzita Karlova v Praze, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové

²Nemocniční lékárna Motol, Praha

³Nemocniční lékárna IKEM, Praha

Úvod: V kontextu s moderními trendy ve farmaceutické péči představuje konzultační činnost jednu z aktivit, která by měla tvořit pevnou součást lékárenské péče poskytované i v českých lékárnách.

Cíl práce: Cílem studie bylo zhodnotit úroveň a podmínky poskytování konzultační činnosti v lékárnách České republiky a porovnat data a znalosti se zahraničními zkušenostmi získanými z rešerší.

Metodika: Data byla získána z dotazníkové prospektivní studie. Dotazník byl rozeslán do 2287 lékáren v ČR v únoru 2011. Dotazník obsahoval 21 otázek. Data byla vyhodnocena v MS Excel a zpracována pomocí frekvenční analýzy.

Výsledky: Odpovědělo 260 lékáren (odpovídá 11 % celkového počtu lékáren v ČR). 92 % představovaly veřejné lékárny a 8 % nemocniční lékárny. Největší odezva byla z Jihomoravského kraje (15 %). 64 (24 %) respondentů provádí konzultační činnost. Zbytek lékáren ji neposkytuje především z důvodu nevyhovujícího prostorového zázemí. Největší rozvoj konzultační činnosti byl zaznamenán v roce 2009. Téměř 50 % lékáren poskytne méně jak 20 konzultací za rok. Čtvrtina lékáren má pro konzultace vyhrazenou samostatnou místnost a třetina lékáren si vede během konzultace záznam. Téměř vždy je konzultace poskytována pacientům zdarma.

Diskuse a závěr: V České republice dosud chybí jednoznačné legislativní zakotvení konzultační činnosti. Patrně proto je tato aktivita v podmínkách českých lékáren na začátku a nenacházíme příliš písemných dokladů, resp. výstupů o této činnosti. Výsledky ukazují, že některé dílčí kroky jako vytvoření doporučených postupů nebo edukační aktivity zaměřené na konzultační činnost mohou představovat ten správný

stimul pro její větší rozvoj. Zahraniční zkušenosti potvrzují, jak důležitý je rozvoj konzultační činnosti v lékárnách pro další upevnění pozice lékárníka v systému zdravotní péče. Konzultační činnost by proto měla představovat klíčovou cestu, kterou se bude ubírat lékárenská péče i v České republice.

Klíčová slova: konzultace, služby farmaceutické péče, Česká republika.

Tato studie byla podpořena Univerzitou Karlovou v Praze (Projekt SVV 263 005).

Summary

Analysis of counseling practices in a pharmacy

Author: Tereza Opavová¹

Tutor: Josef Malý^{1,2}

Consultant: Michal Hojný³

¹Department of Clinical and Social Pharmacy, Charles University in Prague, Faculty of Pharmacy in Hradec Králové

²Hospital Pharmacy, Teaching Hospital in Motol, Prague

³Hospital Pharmacy, Institute of Clinical and Experimental Medicine, Prague

Background: In the context of modern trends in pharmaceutical care patient counselling is one of the activities, which should form an integral part of pharmaceutical care provided in Czech pharmacies.

Aim of study: The aim of this study was to evaluate the rate and conditions of patient counselling in pharmacies in the Czech Republic and compare data and knowledge with the experiences gained from the literature search.

Methods: Data of the prospective study were collected by questionnaire. The questionnaire was sent to 2287 Czech pharmacies in February 2011. Questionnaire consisted of 21 questions. Data were evaluated by software MS Excel and processed by frequency analysis.

Results: 260 pharmacies responded (corresponding to 11 % of the total number of pharmacies in the Czech Republic). 92 % of respondents were community pharmacies and 8 % hospital pharmacies. The greatest response was from the South Moravia region (15 %). 64 (24 %) of respondents provide patient counselling. Other pharmacies don't offer patient counselling especially for lack of suitable workspace

for this activity. The most significant development of patient counselling was recorded in 2009. Almost 50 % of the pharmacies carried out only less than 20 consultations per year. 25 % of pharmacies have a separate consultation room and more than 30 % of them make record during consultation. The vast majority of consultations are provided free of charge for patients.

Discussion and conclusion: There is lack of legislative establishment for counselling practices in the Czech Republic. Therefore this activity is in conditions of Czech pharmacies at the beginning and so little relevant evidence was found. The results show that some partial steps such as guidelines and educational activities focused on counselling may constitute the right impulse for the further development of counselling. The recent experiences from country with advanced pharmaceutical care confirm how important is the development of counselling in pharmacies to strengthen the position of pharmacist in the health care system. The counselling practices should represent the key direction, in which the pharmaceutical care will proceed also in the Czech Republic.

Keywords: counselling, pharmaceutical care service, Czech Republic.

This study was supported by the Charles University in Prague (Project SVV 263 005).

Obsah

1 Úvod a cíl práce	10
2 Teoretická část	11
2.1 Farmaceutická péče	11
2.1.1 Definice farmaceutické péče	11
2.1.2 Vývoj farmaceutické péče	11
2.1.3 Předpoklady a bariéry farmaceutické péče.....	12
2.1.4 Cíle farmaceutické péče	12
2.1.5 Farmaceutická péče v České republice	12
2.2 Konzultační činnost.....	13
2.2.1 Definice konzultační činnosti.....	13
2.2.2 Standardizace konzultační činnosti	14
2.2.3 Pacient versus lékárník.....	14
2.2.4 Další požadavky k zabezpečení efektivní konzultace	15
2.2.5 Přínosy konzultační činnosti	16
2.3 Zkušenosti s konzultační činností v zahraničí.....	17
2.3.1 Spojené státy americké.....	17
2.3.2 Kanada.....	18
2.3.3 Evropa	20
2.4 Zkušenosti s konzultační činností v České Republice	27
2.4.1 Dispenzační minimum vs. konzultační činnost.....	27
2.4.2 Začátky konzultační činnosti v ČR	27
2.4.3 Program PACE.....	28
2.4.4 Doporučené postupy.....	28
2.5 Doporučené postupy pro konzultační činnost	29
2.5.1 Organizace vydávající doporučené postupy.....	29
2.5.2 Doporučené postupy v ČR	29

2.5.3	Seznam doporučených postupů ČLnK	30
2.5.4	Struktura DP různých organizací	32
2.6	Systémy odměňování farmaceuta	37
2.7	Role farmaceutických asistentů	39
3	Praktická část	40
3.1	Metodika	40
3.1.1	Vzorek	40
3.1.2	Oslovení	40
3.1.3	Nástroj výzkumu	40
3.1.4	Zpracování a analýza dat.....	40
3.2	Výsledky	42
3.2.1	Obecné vyhodnocení všech respondentů	42
3.2.2	Vyhodnocení respondentů poskytujících konzultační činnost	46
4	Diskuse.....	64
5	Závěr	69
6	Použitá literatura	70
7	Seznam tabulek	74
8	Seznam obrázků	75
9	Přílohy	76

Zkratky

ABDA	Spolkové sdružení německých lékárenských svazů
ANF	Asociace portugalských lékárníků
APhA	Americká asociace lékárníků
ASHP	Americká asociace nemocničních lékárníků
AFP	Asociace finských lékáren
AUR	Zhodnocení používání přístrojů
BISP	Základní informační list pro lékárníky
CPT	Aktuální procesní terminologie
ČLnK	Česká lékárnická komora
DP	Doporučený postup
DRPs	Lékové problémy
FIP	Mezinárodní farmaceutická federace
FDA	Úřad pro kontrolu potravin a léčiv
FP	Farmaceutická péče
KČ	Konzultační činnost
MTM	Management lékové terapie
MUR	Zhodnocení užívání léků
NACDS	Národní asociace řetězců lékáren
NHS	Národní zdravotní služba
RPSGB	Královská farmaceutická společnost Velké Británie
SAC	Přizpůsobení přístrojů pro stomii
SVD	St. Vincent Declaration
WHO	Světová zdravotnická organizace
WINAP	Vědecký institut profesní organizace farmaceutů

1 Úvod a cíl práce

Řada studií uvádí, že náklady vynaložené na zdravotní péči v důsledku nežádoucích účinků, interakcí a kontraindikací léčiv jsou značně vysoké. Ve většině případů jde přitom o problémy, kterým se dá snadno předcházet. Je nutné, aby byl pacient dostatečně informován, poučen o správném užívání léků a upozorněn na rizika týkající se jeho farmakoterapie. Někdy stačí dispenzační minimum, které je každý lékárník povinen poskytnout. Někteří pacienti však vyžadují daleko větší péči ze strany lékárníka, ať už kvůli náročné farmakoterapii, těžkému zdravotnímu stavu nebo z jakéhokoliv jiného důvodu. Zde se naskytuje příležitost pro konzultační činnost prováděnou v lékárně.

Zároveň se samotná dispenzace léčiv ukazuje jako nedostatečná náplň práce lékárníka a hledají se nové možnosti uplatnění jeho odborné erudice. A právě konzultační činnost může být jednou z nich.

Z těchto důvodů vznikla práce, která si dala za cíl zjistit rozšířenost a úroveň poskytování této služby v České republice a porovnat výsledky se zahraničními zkušenostmi získanými z rešerší. Přičemž v českých lékárnách byl proveden průzkum ve spolupráci s ČLnK.

Výsledky průzkumu by měly podat přehled o tom, jaké procento lékárníků konzultační činnost v České republice poskytuje, jakým způsobem, zda je o ní zájem jak mezi pacienty, tak mezi lékárníky a kam by se mělo zaměřit úsilí při prosazování této činnosti do lékáren. Informace získané ze zahraničních studií jednotlivých zemí, kde lékárníci konzultační činnost běžně poskytují v rámci své práce, by měly posloužit hlavně jako inspirace a předloha pro možnosti dalšího rozvoje.

2 Teoretická část

Rešerše byla provedena prosinci 2010 pomocí databáze PubMed. Při vyhledávání byla použita kombinace následujících klíčových slov: „pharmacist“, „counseling“, „medication therapy management“. Bylo nalezeno 585 odkazů. O jejich využití rozhodovala dostupnost a konkrétní zaměření nalezených studií. Další zdroje informací byly získány ze zdrojů, které autoři doporučovali. V případě českých pramenů byly využity všeobecné vyhledávače (např. www.google.com).

2.1 Farmaceutická péče

Farmaceutická péče (FP) představuje již od 80. let hlavní myšlenku, kam by měla v následujících letech práce lékárníka směřovat, a je stále aktuální. Zdaleka už nestačí jen vydat správný lék nebo poskytnout základní lékárenské služby. FP je příležitostí pro farmaceuty, využití jejich znalostí z oblasti farmacie a zvýšení profesní úrovně. Lékárníci jsou často jediní odborníci, kteří mají potřebné znalosti a dovednosti k poskytování FP. (1, 2)

2.1.1 Definice farmaceutické péče

V roce 1990 zveřejnili prof. Hepler a prof. Strandová první definici FP. „Farmaceutická péče je zodpovědné poskytování léčby pomocí farmak, která má za cíl dosažení konkrétních výsledků za účelem zlepšení kvality života pacientů.“ Současná definice na ni navazuje a doplňuje ji. „Jde o proces zahrnující spolupráci zúčastněných a směřující k prevenci, identifikaci a řešení problémů spojených s farmakologickou léčbou a zdravotním stavem pacienta. Je to proces soustavného zlepšování kvality při poskytování léčebných produktů.“ (1, 3)

2.1.2 Vývoj farmaceutické péče

Zakladateli FP byli v 80. letech v USA právě autoři její definice, kliničtí farmaceuti prof. Hepler a prof. Strandová. Z důvodu 12 000 úmrtí a 15 000 hospitalizací v důsledku nežádoucích účinků léků hlášených v roce 1987 Úřadu pro kontrolu potravin a léčiv (FDA) se snažili o zavedení klinické farmacie do lékáren. Prokázalo se, že poskytnutím FP se dá často předejít morbiditě a mortalitě související s vedlejšími účinky léků, což sníží délku pobytu v nemocnici a náklady na celkovou péči. (1)

V 90. letech se začala FP rozvíjet také v Evropě. V roce 1993 proběhla v Tokiu konference a Světová zdravotnická organizace (WHO) na ní zveřejnila zprávu o roli lékárníků ve zdravotnictví spolu s doporučenými postupy. V roce 1995 „Council of Europe“ ve Štrasburku přijal koncept FP pro své členské státy. V Evropě patří k nejvíce pokrokovým státům v této oblasti Velká Británie, Irsko, Dánsko, Finsko, Nizozemsko a Německo. V roce 1998 Mezinárodní farmaceutická federace (FIP) zveřejnila v Haagu dokument o profesním vzdělávání. Jeho důsledkem bylo zařazení FP do pregraduálního studia na farmaceutických fakultách. (3, 4)

2.1.3 Předpoklady a bariéry farmaceutické péče

FP spojuje klinickou farmacii s dispencí. Lékárník by měl mít dostatečné znalosti symptomů, projevoval zájem a neustále se vzdělávat. Dalším požadavkem je technologické a organizační zázemí. Velmi důležitá je také komunikace a nutnost spolupráce mezi lékárníkem, pacientem a lékařem. Pacient musí lékárníkovi důvěřovat. O každém pacientovi by měla být vedena dokumentace a farmakoterapie průběžně monitorována. To vše tvoří určité překážky v poskytování FP. Mezi problémy dále patří nedostatek času a finančních prostředků. (4)

2.1.4 Cíle farmaceutické péče

FP navazuje na nemocniční a lékařskou péči a tvoří bezpochyby důležitou součást zdravotnictví. Cílem je zajištění bezpečné a účinné léčby konkrétního pacienta a zapojení ho do starostlivosti o své zdraví, optimalizace výsledků užívání léků a zlepšení kvality jeho života, přičemž lékárník přebírá odpovědnost za jeho farmakoterapii. S tím souvisí i zlepšení klinických, ekonomických a humanistických výsledků. (2)

2.1.5 Farmaceutická péče v České republice

Navzdory celosvětové představě je u nás FP dle platného Zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu definována zcela odlišně a bohužel v sobě neobsahuje prvky konzultační činnosti. „Lékařskou péčí se rozumí zejména obstarávání, příprava, kontrola, uchovávání a výdej potřebných léčivých přípravků, potravin pro zvláštní účely a zdravotnických prostředků při současně poskytované odborné informaci nemocnému, pokud mu nebyly poskytnuty přímo při výkonu léčebné preventivní péče. Léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely nemocnému vydá na lékařský předpis lékárna nebo jiné zařízení k tomu určené.“ (3)

2.2 Konzultační činnost

Konzultační činnost se začala v 90. letech uplatňovat v rámci farmaceutické péče. Obavy z nevhodného užívání léků přispěly v USA v roce 1990 k ustanovení zákona „Omnibus Budget Reconciliation Act“ (OBRA'90) nařizujícího lékárnám poskytovat poradenství o lécích na předpis všem pacientům v programu „Medicaid“. Následně došlo k požadavku určitého typu poradenství pro všechny pacienty. A spolu s FP se i konzultační činnost rozšířila do dalších zemí. (5)

Konzultační činnost optimalizuje kvalitu péče o jednotlivé pacienty, usnadňuje odhalení lékových problémů (DRPs, „Drug Related Problems“) a motivuje nemocné k léčbě. Cílem poradenství je, aby pacient pochopil správné užití léků, které povede ke zlepšení kvality jeho života. (6)

2.2.1 Definice konzultační činnosti

Někteří odborníci definují konzultační činnost jako poradenství nebo poskytování informací o farmakoterapii. Tully a kolektiv definují poradenství jako „veškeré interakce, při nichž klient požaduje a/nebo jsou mu podávány odborným personálem v lékárně informace k objasnění jakýchkoliv otázek souvisejících se zdravím, především s užíváním léků“. Rees dodává, že farmaceut kromě rad dále poskytuje porozumění a vcítění se do pocitů pacienta. (6)

„V metodice konzultační činnosti je tato aktivita chápána jako rozhovor lékárníka s pacientem, přičemž tento rozhovor je z hlediska časového, odborného, komunikačního, prostorového, materiálního a technického náročnější než dispenzace za tárrou. Probíhá proto v samostatné místnosti a nezbytnou součástí je řádná dokumentace.“ (7)

Konzultační činnost zahrnuje širokou škálu odborných činností a povinností:

- zhodnocení farmakoterapie,
- edukace pacienta o dávkování, nežádoucích účincích, interakcích, kontraindikacích, vhodném užívání a uchovávání léků,
- edukace pacienta o správné aplikaci léčiv (inhalační léčivé přípravky, pomůcky pro diabetiky),
- řešení neobvyklých situací (opomenutí dávky),

- poradenství o užívání léčiv v těhotenství a při kojení,
- řešení zdravotních obtíží v rámci samoléčby,
- monitoring rizikových faktorů (měření TK, stanovení BMI, selfmonitoring glykémie) a vyhodnocení míry individuálního rizika pro různá onemocnění,
- poradenství při odvykání kouření,
- poradenství při snižování nadváhy,
- popřípadě komunikaci s dalšími poskytovateli zdravotní péče,
- podpoření adherence k léčbě. (8)

2.2.2 Standardizace konzultační činnosti

Existuje řada předloh vydávaných profesionálními organizacemi k poskytování konzultační činnosti. Přestože se v určitých oblastech liší, všechny se shodují, že každá konzultace by měla zahrnovat informace o názvu a popisu léku, indikaci, cestě podání, dávce a dávkové formě, návodu k použití, trvání léčby, nežádoucích účincích, kontraindikacích, popř. speciální pokyny týkající se léku. Dále všechny předlohy vyžadují odborný přístup lékárníka s ohledem na individuální potřeby každého pacienta, dostatečné ujištění se, že pacient správně pochopil užívání léků, a určení hranice konce samoléčby a doporučení k návštěvě lékaře. Většina obsahuje doporučení ke konzultacím jak léků na recept, tak léků volně prodejných. Kromě všeobecných předloh ke konzultacím, jsou lékárníkům k dispozici návody a doporučené postupy pro specifické skupiny pacientů, které se zabývají chorobným stavem, očekávanými dopady nemoci na pacientův běžný život, rozpoznáním a monitorováním komplikací nemoci. (5, 6)

2.2.3 Pacient versus lékárník

Pro účinnou konzultaci je důležitým krokem vytvoření vztahu mezi pacientem a lékárníkem, jejich vzájemné vnímání rolí, zodpovědnosti v poradenství a porozumění si. Lékárník má dostatečné odborné znalosti a schopnosti a hraje tak významnou roli v poskytování vzdělávání a poradenství, kterou by měl pacient dotvářet a být aktivně zapojen do tohoto procesu. Lékárníkovou prací je pacienta motivovat, aby se stali rovnocennými partnery v péči o jeho zdraví. Protože lékárník přebírá zodpovědnost za farmakoterapii, musí se ujistit, že pacient je dostatečně schopný porozumět poskytovaným informacím tak, aby mohl následně vykonávat léčebný plán. Pacientova

role spočívá především v dodržování léčebného programu, monitorování účinků léků, včetně těch vedlejších, resp. nežádoucích a v následném informování zdravotních pracovníků o výsledcích léčby. (5)

2.2.4 Další požadavky k zabezpečení efektivní konzultace

Komunikace

Lékárník kromě znalostí o farmakoterapii musí ovládat i další dovednosti k účinnému vzdělávání a poradenství, především co se týče komunikace s pacientem. Efektivní dotazování a naslouchání je důležitou schopností pro získání co nejvíce informací. Zároveň musí lékárník udržovat a interpretovat neverbální kontakt s pacientem (oční kontakt, výraz obličeje, pohyby těla). Posouzení psychického a fyzického stavu pacienta, jeho kognitivních schopností je nezbytné pro uzpůsobení edukace jeho potřebám. Podle zaměření konzultace je vhodné použít také psané materiály nebo audiovizuální pomůcky pro lepší názornost a představu. (5)

Prostředí

Další ovlivňující faktor tvoří prostředí, kde se poradenství odehrává. Mělo by zajišťovat dostatečný komfort a soukromí důležité pro navození důvěry mezi pacientem a lékárníkem. Jako nejefektivnější se jeví samostatná místnost. Pokud to prostory lékárny neumožňují, tak alespoň místo oddělené od ostatních pacientů, které poskytuje relativní soukromí pro odbourání co nejvíce bariér při komunikaci. Konzultační zázemí by mělo být zároveň vybaveno pomůckami, podle toho na jaký druh konzultací se lékárna zaměřuje. Od přístrojů na měření tlaku, cukru, cholesterolu, po aplikační pomůcky pro demonstraci správného používání různých léčivých přípravků. (5)

Platná vyhláška č. 221/2010 Sb. o požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení uvádí mezi základními provozními prostory lékárny i „prostor pro konzultační činnost a hodnocení účelné terapie nebo pro poskytování lékových informací, pokud jsou tyto činnosti prováděny“. (9)

Dokumentace

Nakonec by měl lékárník celou konzultaci zdokumentovat v rámci pacientových lékařských záznamů. Pokud k nim nemá přístup, tak do pacientových lékových záznamů v lékárnickém systému nebo do speciálně vytvořeného konzultačního

formuláře. Základní poznámky tvoří informace o pacientovi, předmět konzultace, navržená a přijatá doporučení, lékárníkův úsudek míry pacientova pochopení. Písemná zpráva by měla být v případě potřeby vydána také pacientovi a jeho lékaři. To vše v souladu se zachováním pacientova soukromí a dle platných právních předpisů. (5)

2.2.5 Přínosy konzultační činnosti

Konzultační činnost patří mezi nejdůležitější služby poskytované lékárnami. Je prokázáno, že díky konzultační činnosti a právě záznamům při ní pořízených lze účinně identifikovat a následně předcházet řadě DRPs. Účinné poradenství může podpořit porozumění a adherenci k farmakoterapii, snížit selhání léčby a následné náklady na zdravotní péči. Proto jsou lékárníci neustále vyzýváni k přijetí aktivní role v konzultační činnosti směřující ke zlepšení situace ve zdravotnictví. (10)

2.3 Zkušenosti s konzultační činností v zahraničí

2.3.1 Spojené státy americké

V USA je konzultační činnost označována jako management lékové terapie (MTM, „Medication Therapy Management“). Přestože byl MTM oficiálně uznán federální vládou v „Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act of 2003“ (MMA 2003), poskytovali lékárníci služby související s FP již od roku 1990, kdy byl koncept FP představen. A to s cílem pomoci pacientům a lékařům dosáhnout lepších klinických, humanistických a ekonomických výsledků farmakoterapie řady nemocí, např. diabetes, dyslipidemie, hypertenze, osteoporóza a mnoho dalších. Následná realizace „Medicare Part D“ programu v lednu 2006 formovala MTM pro skupinu pacientů s vysokými náklady na zdravotní péči. Zároveň poskytla lékárníkům větší příležitost k výkonu MTM a úhradu těchto služeb. S tím souvisí i posun MTM během let od poskytování rad týkajících se akutních problémů ke konzultacím chronické léčby. Mnohé studie prokázaly, že poskytování MTM zejména starším pacientům snížilo lékové komplikace tvořící v USA velký problém a tak i celkové náklady na zdravotní péči. Experti odhadují, že 1,5 milionu nežádoucích příhod souvisejících s léčbou, kterým by se dalo předcházet, vyjde ročně na 177 miliard USD v souvislosti s morbiditou a mortalitou. (11, 12, 13)

MTM zahrnuje řadu služeb:

- zhodnocení lékové terapie – celkové sledování pacienta, zvážení možných rizik a předcházení jim,
- konzultace farmakoterapie – určeno pro těžší případy s několika druhy léků a více zdravotními problémy,
- management nemocí – pomoc s nemocemi vyžadujícími zodpovědnější přístup v dodržování veškerých doporučení,
- farmakogenomika – týká se pacientů majících specifickou léčbu založenou na jejich genetické informaci,
- antikoagulační management – kontrola pacientů užívajících perorální antikoagulancia, především warfarin, INR testování,
- dohled na bezpečné užívání léků – předcházení vedlejším účinkům z nesprávného užívání léků,

- zdravotní a wellness programy – zlepšování životního stylu,
- imunizace – poskytování některých očkování, např. vakcinace proti sezónní chřipce, H1N1, herpes zoster,
- další klinické služby – cestovní medicína, výživa, veterinární farmacie atd. (11)

Hlavní součásti MTM vytvořené Americkou asociací lékárníků (APhA) a Národní asociací řetězců lékáren (NACDS), které tvoří rámec MTM, jsou:

- zhodnocení lékové terapie – proces shromáždění informací o pacientovi, zhodnocení lékové terapie, odhalení možných problémů souvisejících s léčbou a vytvoření opatření k jejich předcházení,
- osobní lékové záznamy – kompletní záznam léků (předepsaných i volně prodejných, včetně potravinových doplňků), které pacient užívá,
- efektivní léčebný plán – doporučení pacientovi k dosažení cílů jeho terapie,
- zákrok a doporučení – kroky při zjištění DRPs, v nezbytném případě odeslání pacienta k lékaři,
- dokumentace a další sledování – dokumentování konzultace stejným způsobem a stanovení další návštěvy vzhledem ke zdravotní potřebě pacienta. (14)

Americká asociace nemocničních lékárníků (ASHP) je další farmaceutickou organizací v USA, která se významně podílí na zlepšení užívání léků a bezpečnosti pacientů. K tomuto účelu vydává doporučené postupy k poskytování FP a konzultační činnosti. (15)

Prospěch z MTM může mít každý, kdo užívá léky jak na předpis, tak volně prodejné, přírodní a jiné doplňky stravy. Největším přínosem je pro pacienty, kteří užívají řadu léků, mají více zdravotních problémů, užívají léky vyžadující důkladné sledování, byli hospitalizováni, mají problém s jejich medikací nebo vyzvedávají léky ve více lékárnách a mají otázky. (14)

2.3.2 Kanada

Prvotním krokem ve vývoji poskytování konzultací bylo založení programu PACE („Pharmacy Apotex Continuing Education“) v roce 1991 kanadskou farmaceutickou společností Apotex zaměřeného na kontinuální vzdělávání farmaceutů. Tento program zajišťuje akreditované kurzy a poskytuje řadu aktuálních, srozumitelných materiálů vhodných pro běžnou lékárenskou praxi. (16, 17)

Ministerstvo zdravotnictví a dlouhodobé péče ve spolupráci s Farmaceutickou radou a Farmaceutickou asociací v Ontariu zahájilo 1. dubna 2007 „MedsCheck“, program lékového zhodnocení, který pomáhá pacientům lépe pochopit farmakoterapii a zároveň zjistit, zda jsou léky správně užívány. K 22. květnu 2007 byla tato služba poskytnuta více jak 28 600 pacientům. Tento program je zaměřen na pacienty s chronickým onemocněním, kteří užívají alespoň tři léky denně. Identifikace potenciálních DRPs je významným prvkem komplexní a kvalitní péče a slouží jako prevence. Pacient má nárok na konzultaci v průměrném trvání 30 minut jedenkrát ročně zdarma. V případě plánované hospitalizace nebo po propuštění z nemocnice má možnost obrátit se na lékárníka opětovně. Za jiných okolností může pacient požádat o další zhodnocení či jiné lékárenské služby s tím, že si je zaplatí. (18, 19)

V roce 2010 byl „MedsCheck“ program rozšířen na další pacienty nesplňující podmínky základního programu.

- „MedsCheck“ pro diabetiky se vztahuje na pacienty s diagnózou diabetu typu 1 nebo 2, kteří užívají méně než tři léky denně nebo se léčí pouze režimovými opatřeními. Kromě zhodnocení terapie, včetně rad, zahrnuje procvičení zacházení s přístroji, monitorování a vzdělávání se v diabetu. Cílem je podpora samostatného managementu nemoci a zdravého životního stylu, optimalizace farmakoterapie a následné zlepšení jejích výsledků a celkové kvality života.
- „MedsCheck“ pro obyvatele domovů s dlouhodobou péčí zajišťuje čtvrtletní hodnocení výběru léků, dávek, doby a způsobu podávání, trvání léčby, alergií a lékových interakcí. V případě zjištění možných DRPs může být vyžadována jedenkrát ročně hlubší léková analýza. Cílem je dosažení lepších zdravotních výsledků a péče poskytované pacientům v zařízení, optimalizace farmakoterapie a podpora interdisciplinární spolupráce zdravotnických pracovníků.
- „MedsCheck“ poskytovaný pacientům v domácí péči, kteří ať už kvůli fyzickému nebo psychickému stavu nejsou schopni návštěvy lékárny. Lékárník při návštěvě pacienta kromě běžného zhodnocení farmakoterapie provede také kontrolu léků, které má pacient doma. Cílem je optimalizace farmakoterapie lidí zesláblých, starých a žijících izolovaně, dosažení účinného a bezpečného užívání všech léků a přístrojů, zlepšení výsledků a celkové kvality života, obstarání správné likvidace již nepoužívaných léků v lékárně. (20)

2.3.3 Evropa

V Evropě se lékařství ubíralo směrem k farmaceutické péči a dalším lékařským službám od počátku 90. let v závislosti na politice, právním a zdravotním systému daného státu. Tento vývoj byl v mnoha zemích pozastaven nebo musel bojovat s problémy kolem roku 2000, kdy s ohledem na rostoucí náklady na zdravotní péči došlo k deregulaci systému zdravotnictví, což se týkalo i lékáren, např. v Dánsku, Velké Británii, Irsku, Portugalsku, Norsku. Jiné země byly naopak poznamenány dřívější politickou situací, kdy v nově nabyté nezávislosti po období komunismu došlo k expanzi zahraničních farmaceutických firem a velkodistributorů. Na předním místě bylo nejprve ustálení trhu, dále pak správné předepisování a užívání léků. Taková situace se týkala např. České republiky, Polska, Slovinska, Chorvatska. (2)

Tématem poradenství v lékárnách se zabývají i dvě mezinárodní evropské organizace, PCNE („Pharmaceutical Care Network Europe“) a EuroPharmForum. (2)

PCNE se v roce 2009 zaměřila na hodnocení farmakoterapie a s tím související odhalování DRPs. V současné době pracuje na pokynech a protokolech pro různé typy lékových hodnocení. (21)

EuroPharmForum vytvořilo sedm profesionálních programů, se záměrem zlepšit farmaceutickou péči, management chronických nemocí, podporu zdraví a zdravého životního stylu prostřednictvím poradenství. K těmto programům existují doporučení pro jejich realizaci a řada z nich je dostupná již nyní na internetových stránkách. Týkají se hlavních zdravotních problémů: metabolický syndrom, diabetes, astma, hypertenze, odvykání kouření. (22)

Programy EuroPharmFora:

- bezpečné lékové postupy,
- chronické nemoci,
- prevence nepřenosných nemocí,
- přenosné nemoci,
- zajištění kvality FP,
- paliativní terapie,
- vzdělávání. (22)

Velká Británie

Konzultace poskytované farmaceuty se začaly v 90. letech rozvíjet v důsledku stále více vládou prosazované primární zdravotní péče a zvyšujícího se důrazu na péči o své zdraví a samoléčbu. Královská farmaceutická společnost Velké Británie (RPSGB) vydala v roce 1997 dokument „Budování budoucnosti“. Uvádí pět hlavních oblastí, ve kterých farmaceuti mohou přispět ke zlepšení poskytované zdravotní péče. Jednou z oblastí je pomoci lidem zachovat si dobré zdraví prosazováním a podporou zdravého životního stylu. V roce 2000 byl publikován ministerstvem zdravotnictví program lékařských služeb vycházející z principů plánu Národní zdravotní služby (NHS). Farmaceuti postupně převzali nové role a zodpovědnost v primární péči. Na tento krok navazovalo v roce 2003 zveřejnění „Vize pro farmacii“, která podporovala stejnou myšlenku, aby se farmaceuti stali nedílnou součástí NHS a rozšířili řady poskytovatelů primární zdravotní péče, uvedla několik nových rolí lékárníka a požadavků na rozšíření služeb poskytovaných lékárnami. (23, 24, 25)

Mezi rozšířené služby patří konzultační činnost, zaměřená hlavně na lékové zhodnocení, ale i další služby s požadovanými standardy. Dále jsou k dispozici doplňkové služby, které přesahují rámec pravomocí lékárníků v ČR. Lékárníci mohou předepisovat určité druhy léků (přípravky k odvykání kouření, dohodnuté doplňující předepisování u chronických nemocí), kontrolovat hladiny léčiv a doporučit změny dávek dle potřeby (warfarin, lithium). Z poradenských služeb zahrnují odvykání kouření, řešení obezity, diagnózu a monitoring nemocí jako jsou např. diabetes nebo hypertenze. (25)

Zhodnocení užívání léků (MUR, „Medicines Use Review“) je první služba zavedená v rámci NHS smlouvy. MUR může provádět pouze certifikovaný lékárník. Týká se pacientů užívajících více léčivých přípravků dlouhodobě. Na bezplatné MUR má nárok jedenkrát ročně pacient, který je v dané lékárně registrován minimálně tři měsíce. Cílem je zefektivnění farmakoterapie, vytvoření obrazu o pacientem užívaných lécích jak předepisovaných, tak volně prodejných, identifikace DRPs a jejich možné řešení a podpora adherence k terapii. MUR je zaznamenáno do pacientovy karty, shrnutí a doporučení jsou zaslány praktickému lékaři a kopie předána pacientovi. Celkový počet proplacených MUR zdravotní pojišťovnou lékárně je omezen na 400 ročně. (26)

Druhou službou je zhodnocení používání vybraných zdravotnických prostředků nebo pomůcek (AUR, „Appliance Use Review“). Tu provádí kvalifikovaný lékárník nebo specializovaná zdravotní sestra v lékárně nebo u pacienta doma. Cílem je zlepšení znalostí pacienta o správném používání prostředků, poučení o vhodném skladování a likvidaci již nepoužitelných pomůcek. Mezi zdravotnické prostředky, resp. pomůcky se řadí např. katetry, vakuové pumpy pro erektilní dysfunkce nebo inkontinenční pomůcky. K AUR je nutný písemný souhlas pacienta, současně musí být vystaven záznam s potřebnými údaji, jehož kopie je následně předána dodavatelské lékárně, informace jsou rovněž posílány praktickému lékaři. Maximální počet AUR, u kterých lze nárokovat proplacení, odpovídá 1/35 prostředků a pomůcek vydaných lékárnou ročně. (26)

Přizpůsobení přístrojů pro stomie dle potřeb pacienta (SAC, „Stoma Appliance Customisation“) je třetí rozšířenou službou. Provádí ji kvalifikovaná a vyškolená osoba. Týká se více než jednoho SAC, založeného na změření pacienta nebo použití šablony. Cílem je zajistit správné používání a komfortní vybavení přístrojů pro stomie, zlepšení doby použitelnosti a tak snížení odpadů. Kopie záznamu o SAC je předána pacientovi, popř. předepisujícímu lékaři. (26)

Pro veškeré služby je vyžadováno dostatečné soukromí, oddělené od dalších návštěvníků lékárny, případné přístrojové vybavení a zajištění potřebných hygienických podmínek. Všechny záznamy z konzultací musí být uchovávány nejméně po dobu 12 měsíců. (26)

Za účelem poskytování managementu chronických nemocí vydala RPSGB jako regulační a profesní organizace lékárníků v Anglii, Skotsku a Irsku návody k poskytování konzultací, aby zajistila standardní a profesionální přístup. (27)

Švédsko

Prvním krokem v poskytování farmaceutické péče bylo sledování DRPs. V roce 1995 byl vyvinut klasifikační systém pro zaznamenávání DRPs a intervencí lékárníků, který byl v roce 2001 začleněn do softwaru všech lékáren. V roce 2004 pak byla založena národní databáze pro sběr DRPs. To vedlo k rozvoji konzultační činnosti. Podstatu tvoří několik klíčových otázek k lepší detekci DRPs a zaměření se na další

specifické skupiny pacientů. Nový národní registr všech vydávaných léků, dostupný od roku 2006, usnadnil další rozvoj péče o pacienty. (28)

Konzultační činnost byla v roce 2010 nabízena pacientům ve třetině ze všech 900 veřejných lékáren vlastněných státem, které jsou součástí „Apoteket AB“. Je prováděna farmaceuty, kteří jsou speciálně vyškoleni. Školící program probíhá sedm dní a zahrnuje teorii a podstatu farmaceutické péče, vedení dokumentace, komunikační dovednosti a jejich trénink. Konzultace trvá přibližně 30 minut a probíhá v oddělené části lékárny. Vše je zaznamenáváno v průběhu nebo ihned po skončení konzultace. Jako podklad slouží lékové záznamy pacienta obsahující užívané léky, identifikované DRPs, diskutovaná témata a navržená doporučení. V případě potřeby je vydáno konečné zhodnocení nebo kontaktován lékař. Jedná se o bezplatnou veřejnou službu, na kterou má nárok každý. (29)

Finsko

Finské veřejné lékárny aktivně rozvíjí řadu profesionálních služeb, zejména pak konzultační činnost orientovanou jak na léky na recept, tak i volně prodejné. Dlouhodobým úsilím Asociace finských lékáren (AFP) je vytvoření sítě lékáren specializovaných na hlavní zdravotní problémy a poskytujících poradenské služby pro pacienty s astmatem, diabetem a kardiovaskulárními chorobami. (30)

Integrace lékáren do systému zdravotní péče byla v roce 1997 podpořena AFP i dalšími stranami zainteresovanými ve farmacii a zdravotnictví. Tato strategie postavila lékárníka do role poskytovatele informací o lécích za účelem maximální racionalizace farmakoterapie a byla výzvou k provádění konzultační činnosti v lékárnách. Na prvním místě se zaměřila na zlepšení dovedností lékárníka. Novějším intervenčním projektem navrženým k podpoře konzultací poskytovaných finskými lékárnami byl TIPPA. Jednalo se o čtyřletý národní projekt odstartovaný v roce 2000, do něhož byly aktivně zapojeny všechny klíčové strany v oboru farmacie, zahrnující farmaceutické školy, střediska kontinuálního vzdělávání, instituci sociálního pojištění, Národní agenturu léčivých přípravků a Ministerstvo sociálních věcí a zdravotnictví. Hlavním bodem bylo opět vzdělávání lékárníků a nový přístup v komunikaci mezi pacientem a lékárníkem tak, aby se lékárna stala komplexním zdrojem informací o zdraví. (31, 32)

K implementaci nového poradenského modelu byla farmaceutům poskytnuta intenzivnější příprava, řada dalších zdrojů zaměřených na zlepšení komunikace s pacientem, dále pak elektronické databáze a příručky doplněné o edukační aktivity. Jako hlavní nástroj k podpoře konzultací byly využity americké doporučené postupy, které byly přeloženy do finštiny. Posloužily jak při vzdělávání studentů o základech poradenství a v následném kontinuálním vzdělávání farmaceutů, tak k vytvoření příručky ke konzultacím a komunikačním dovednostem. Další doporučení byla vytvořena multidisciplinární skupinou odborníků finské lékařské společnosti a jsou volně dostupná na internetu spolu s online vzděláváním podporujícím jejich použití. (30, 32)

Pacienti si ve Finsku tohoto systému cení a lékárníci patří mezi nejvíce využívané a spolehlivé zdroje v oblasti lékových informací vedle lékařů a příbalových letáků. (30)

Německo

Služby farmaceutické péče se v Německu začaly rozvíjet už od začátku 90. let. Hlavním iniciátorem bylo Spolkové sdružení německých lékárenských svazů (ABDA), které v roce 1993 vydalo první studii na toto téma. Jednalo se o výchozí dokument, který nasměroval veřejné lékárny ke specializovanému poradenství s cílem převzít odpovědnost za pacienty, maximálně vyhovět jejich potřebám a optimalizovat farmakoterapii aktivním vyhledáváním, řešením a prevencí DRPs. V jednotlivých spolkových zemích byla realizována řada projektů pod záštitou ABDA a Humboldtskou univerzitou v Berlíně. V roce 2003 uzavřelo společenství vlastníků lékáren celostátní smlouvu s největší Německou zdravotní pojišťovnou. Předmětem smlouvy bylo odměňování farmaceutů za poskytování služeb farmaceutické péče. V roce 2004 se ustanovila trojstranná smlouva, do které byli přibráni ještě lékaři, a došlo tak k propojení obce lékárníků a lékařů. Do tohoto programu se během pár měsíců přihlásilo přes 80 % lékáren. (2), (33)

Německé lékárny poskytují řadu služeb. Na prvním místě je to rozvoj farmaceutické péče prostřednictvím konzultací. Ze specializovaných programů lze zmínit poradenství pro diabetiky probíhající od roku 2002, lipidový management, péče o pacienty s vysokým tlakem a astmatem. Dále pak poradenství zaměřené na zásady zdravého stravování, cestovní medicínu, jedovaté rostliny, které je pacientům dostupné

zdarma. Vodítkem při individuálních konzultacích a v péči o pacienta jsou lékárníkům jednotlivé příručky farmaceutické péče, které slouží jako operační manuály ve vybraných terapeutických oblastech a mohou být použity jako školicí materiál pro zaměstnance lékárny. (34)

Nizozemsko

Standardy pro farmaceutickou péči byly přijaty již v roce 1996 a dále rozvíjeny Vědeckým institutem profesní organizace farmaceutů (WINAP). Vzhledem k tomu, že v Holandsku pacienti navštěvují obvykle jednu lékárnu, mají lékárny velký přehled o medikaci pacienta a mohou nabízet strukturované lékové poradenství včetně aktivní spolupráce s praktickým lékařem. Lékárenské služby jsou často součástí smlouvy mezi lékárnou a zdravotní pojišťovnou. (2, 35)

Ke konzultacím je vyhrazena buď samostatná místnost, nebo k tomuto účelu slouží kancelář farmaceuta, popř. multifunkční místnost. Poradenství se zaměřuje především na bezpečné užívání léků. Obsahem bývá dostatečné informování pacienta při prvotním předepsání léků, instruktáž orientovaná na správné užívání léčivých přípravků a pomůcek (pro diabetiky, astmatiky, inkontinentní pacienty), zhodnocení farmakoterapie a její optimalizace, konzultace o pacientově onemocnění, sociální situaci, osobních problémech atd. Kromě konzultací prováděných „face to face“, je v Nizozemsku běžné telefonické poradenství a v menší míře pak konzultace prostřednictvím e-mailu. Průměrný počet lékárnou poskytnutých konzultací je 1,2 na den a měsíčně se jim věnuje průměrně 290 minut. Ve většině lékáren nejsou stanoveny pravidelné konzultační hodiny. (36, 37)

Španělsko

V roce 1999 byla vytvořena Dader metodologie jako základ Dader programu kontinuální kontroly farmakoterapie. Jejím cílem bylo od počátku zhotovit univerzální pracovní postup, který by standardizoval farmaceutickou praxi. Tento postup by měl být vhodný pro všechny lékárníky a aplikovatelný na různé pacienty, nemoci a zdravotní problémy. (38)

V roce 2001 Španělský konsenzus o FP definoval kontinuální kontrolu farmakoterapie jako „osobní přístup, kterým lékárník přebírá odpovědnost za potřeby pacienta, týkající se jeho medikace, prostřednictvím detekce, prevence a řešení DRPs,

nepřetržitým, systematickým a dokumentovaným způsobem, ve spolupráci s pacientem a dalšími zdravotnickými pracovníky, s cílem dosáhnout konkrétních výsledků, které zlepší kvalitu pacientova života“. (38)

Dader program byl v průběhu let na základě zkušeností a výsledků zlepšován a pracovní postupy doladěovány ve smyslu globalizace a zjednodušení. Pracovní postup, známý jako Dader metodologie, je strukturovaný podobně jako ostatní procesy zdravotní péče. Zabývá se tím, jak začít se službami směrem k pacientům, jak získat informace o lécích a zdravotních problémech, jak toto vše dokumentovat, zhodnotit a popř. intervenovat. (38)

Portugalsko

Portugalsko je příkladem země, kde měla farmaceutická péče od začátku jejího vývoje charakter konzultační činnosti. Od roku 1999 vypracovává Asociace portugalských lékárníků (ANF) strategie, metody a pokyny k programům lékového managementu prováděného v lékárnách, konkrétně zaměřeného na pacienty s astmatem, diabetem, hypertenzí. V roce 2004 byla vládou schválena úhrada programu diabetu. (2)

2.4 Zkušenosti s konzultační činností v České Republice

Zatímco ve světě představuje konzultační činnost běžnou součást komplexní farmaceutické péče, v České republice jde prozatím spíše o ojedinělé snahy lékárníků rozšířit lékárenské služby a uplatnit tak své odborné znalosti, které převyšují povinně poskytované dispenzační minimum, a zároveň posílit vnímání lékárenské profese laickou i odbornou společností. (7)

2.4.1 Dispenzační minimum vs. konzultační činnost

Podle vyhlášky č. 84/2008 Sb. o správné lékárenské praxi je povinností každého lékárníka předat při výdeji léků dispenzační minimum. „Součástí výdeje je poskytnutí informací nezbytných pro správné a bezpečné užívání vydávaných léčivých přípravků a pro jejich uchovávání.“ V současnosti pod tímto pojmem rozumíme podání informací souvisejících s farmakoterapií konkrétního pacienta, které mají zajistit jeho bezpečnou a účinnou léčbu. Nezaměřuje se tedy už jen na samotný léčivý přípravek. Přístup lékárníka by měl proto být individuální a vždy se odvíjet od potřeb daného pacienta. Často je však dispenzační péče nedostačující, co se týká potřebné doby i diskrétnosti. V takovémto případě by bylo vhodné nabídnout pacientovi konzultaci, při níž je mu zajištěna péče po delší dobu a především za většího soukromí. (39, 40, 7)

Poskytování konzultací se zaměřuje na tři okruhy:

- DRPs, tedy řešení problémů souvisejících s farmakoterapií, možné nežádoucí účinky, interakce a kontraindikace,
- rizikové faktory pro různá onemocnění, jejich včasné zachycení a režimová opatření,
- samoléčba, poradenství při nezávažných zdravotních problémech nebo při výběru doplňků stravy. (7)

2.4.2 Začátky konzultační činnosti v ČR

S konzultacemi se můžeme v našich lékárnách setkat od roku 2000, avšak v této době se jednalo jen o pár jedinců, resp. lékáren, kteří začali tuto službu nabízet. Lze zmínit např. Lékárnu Fakultní Thomayerovy nemocnice s poliklinikou v Praze nebo Lékárnu Fakultní nemocnice U sv. Anny v Brně. Postupně se k nim začali přidávat další

lékárníci mající zájem o rozšíření své odborné působnosti. Každý postupoval podle svých vlastních představ, zkušeností a poznatků získaných ze zahraničí. (7)

2.4.3 Program PACE

PACE je program kontinuálního vzdělávání farmaceutů, který vznikl v roce 1991 v Kanadě pod záštitou farmaceutické firmy Apotex. Postupně se rozšířil do dalších zemí včetně České republiky, ve které funguje od roku 2000. Jeho cílem byl rozvoj lékárenské péče pomocí aktivní podpory vzdělávání lékárníků a posilování pozice farmacie ve společnosti. Mezi jeho edukační aktivity v oblasti poradenství patřilo vytvoření metodiky konzultační činnosti a cyklus vzdělávacích seminářů. (7, 16)

Vzdělávací semináře probíhaly od roku 2009. Odbornou garanci nad nimi převzala ČLnK a byly zařazeny do cyklu celoživotního vzdělávání ČLnK. V současné době je bohužel tento projekt pozastaven. Cílem kurzu bylo obeznámit lékárníky se správným prováděním konzultační činnosti, od toho co vše je třeba zařídit pro její poskytování, po samotné vedení rozhovoru s pacientem a pořizování záznamu během konzultace. Kromě zvyšování odbornosti se tento seminář zaměřoval také na trénink v komunikaci, protože právě nesprávná komunikace se zdá být jednou z bariér při konzultaci. (7)

2.4.4 Doporučené postupy

V zájmu sjednocení konzultací do určitého rámce, vedení jednotné dokumentace a v budoucnu možné ocenění této práce, začala v roce 2007 ČLnK spolupracovat v rámci programu PACE 2010 v České republice s lékárníky provádějícími konzultace na podkladech k poskytování konzultační činnosti. Cílem bylo vytvořit metodiku konzultační činnosti, podle které by měli postupovat ti, kteří budou službu provádět. Na základě zkušeností jak českých lékárníků, tak poznatků a doporučení ze zahraničí, se podařilo vytvořit základní metodický návod, jehož součástí je i záznamový formulář sloužící jako výstup z konzultace. (41)

ČLnK tento metodický návod a formulář převzala a v roce 2010 ho vydala spolu s doporučenými postupy pro specifická onemocnění, které jsou zároveň dostupné na jejích webových stránkách. (42)

2.5 Doporučené postupy pro konzultační činnost

Za účelem jednotného postupu při poskytování konzultační činnosti vydávají mezinárodní a národní organizace pokyny a doporučení pro tuto činnost. Doporučené postupy (DP) slouží ke standardizaci jednotlivých kroků a požadavků na konzultační činnost. Vedle všeobecných předloh, které vymezují odborné a komunikační nároky, postup při řešení problémů, spolupráci s pacienty a dalšími zdravotnickými pracovníky, vedení dokumentace a jsou aplikovatelné na různé oblasti poskytování konzultační činnosti, existuje řada návodů a DP pro konkrétní onemocnění a specifické skupiny pacientů. Zabývají se chorobným stavem, očekávanými dopady nemoci na pacientův běžný život, rozpoznáním a monitorováním komplikací nemoci. (5, 10)

2.5.1 Organizace vydávající doporučené postupy

DP jsou určeny buď všem zdravotnickým pracovníkům, nebo zaměřeny konkrétně na farmaceuty. Některé DP najdeme volně dostupné na internetu, jiné jsou k dispozici jen členům dané organizace, nebo je nutné si je objednat za poplatek. Pro lékárníky jsou nejvhodnější DP vydávané farmaceutickými organizacemi v jednotlivých zemích, které se zaměřují na poskytování konzultační činnosti v lékárně, jsou psány v národním jazyku a vycházejí z potřeb zdravotnické politiky daného státu. Ať se jedná o ČLnK v České republice, RPSGB ve Velké Británii, ABDA v Německu, WINAP v Nizozemsku, ANF v Portugalsku, ASHP v USA atd. V závislosti na individuálních jazykových znalostech se lze samozřejmě inspirovat i dalšími DP, např. od evropské farmaceutické organizace EuroPharmForum. Ze zdravotnických organizací lze jmenovat např. „National Institute for Clinical Excellence“ (NICE) nebo „Scottish Intercollegiate Guideline Network“ (SIGN).

2.5.2 Doporučené postupy v ČR

V České republice vydává DP ČLnK. Ty jsou včetně metodiky konzultací a konzultačního formuláře postupně umisťovány na její webové stránky. V roce 2010 byly rovněž vydány jako tištěný sborník. Jak uvádí sama ČLnK, DP by měly sloužit jako základní vodítko při konzultacích. Na prvním místě však musí být vždy individuální přístup ke každému pacientovi s ohledem na jeho konkrétní zdravotní stav. (42)

2.5.3 Seznam doporučených postupů ČLnK

Poskytování odborných konzultací v lékárně – metodický postup

Seznámení s konzultační činností, přehled poskytovaných služeb. Podmínky k provádění konzultací týkající se personálu, prostředí, materiálního a technického vybavení. Vlastní vedení konzultace.(8)

Poskytování odborných konzultací v lékárně – konzultační formulář

Formulář k dokumentaci konzultace obsahuje informovaný souhlas, údaje o pacientovi, jeho zaměstnání, sociální situaci, alergii, životním stylu, rodinnou a osobní anamnézu, informace získané v lékárně, lékový profil pacienta, předmět konzultace, zjištěné problémy, zakončen je zprávou pro pacienta s danými doporučeními. (8)

Správné užívání a aplikace léků

Informace o správném užívání různých lékových forem (pevné, tekuté, bukalní, sublinguální, kožní, transdermální, oční, ušní, nosní, rektální, vaginální), aplikace náročnějších lékových forem (inhalační, parenterální léčivé přípravky). Vysvětlení indikace, dávkování, upozornění na možné nežádoucí účinky, interakce, kontraindikace, uchovávání a likvidaci léků. Slouží ke zvýšení adherence k léčbě a spolupráce pacienta. (8)

Řešení lékových problémů a nežádoucí účinky léčiv

Definice DRPs, jejich identifikace, vyhodnocení, posouzení možných rizik, intervence a prevence. Příklady algoritmů pro řešení DRPs a evidence celého procesu. Typy, management a rizikové faktory nežádoucích účinků léčiv. (8)

Poradenství při farmakoterapii u seniorů

Speciální a individuální přístup k léčbě starších lidí v důsledku fyziologických změn organismu, především farmakokinetiky a farmakodynamiky, za účelem bezpečnosti a racionality užívání léků, vyloučení zbytečných léčiv a snížení nákladů na farmakoterapii. Zhodnocení mentálního stavu, soběstačnosti a compliance pacienta, zaměření se na polypragmázii, s tím související možné lékové interakce, upozornění na nevhodné léky u seniorů a doporučení režimových opatření odpovídajících věku. (8)

Užívání léků v těhotenství a období kojení

Informace o bezpečnosti léčiv indikovaných v těhotenství a během kojení u chronických (astma, alergie, diabetes, epilepsie, hypertenze, deprese, poruchy spánku, žilní nedostatečnost, onemocnění trávicího traktu) i akutních onemocnění (nevolnost, zvracení, chřipka, nachlazení, bolest). Teratogeny a škodlivá léčiva v těhotenství, kontraindikovaná a riziková léčiva během kojení, doplňky stravy. (8)

Poradenství u pacienta s diabetem

Zásady selfmonitoringu v průběhu dne, obsluha glukometru, jiné techniky selfmonitoringu. Zaměření se na kontrolu a zvládání nemoci. Řešení hyperglykemických a hypoglykemických stavů, rozlišení příznaků, preventivní opatření. Podpora nefarmakologických opatření (stravovacích návyků, fyzické aktivity). Upozornění na pozdní komplikace onemocnění a jejich prevenci. (8)

Pacient s hypertenzí

Primární prevence a rizikové faktory hypertenze, detekce a interpretace výsledků. Management léčby, pravidelné měření tlaku, nácvik správného domácího měření, výběr vhodného tonometru, pomoc s úpravou životního stylu. Poradenství při farmakoterapii, identifikace DRPs, zvýšení compliance pacienta, upozornění na nejčastější nežádoucí účinky, kontraindikace a interakce antihypertenziv. (8)

Měření tlaku krve v lékárně

Pomůcky a technika měření krevního tlaku. Vyhodnocení výsledků, rizikových faktorů, stanovení opatření, doporučení a cílových hodnot při zjištění vysokého krevního tlaku. Určení celkového kardiovaskulárního rizika. (8)

Poradenství snižování nadváhy a léčba obezity

Etiopatogeneze obezity, zaměření se na léky zvyšující tělesnou hmotnost. Stanovení obezity – dle BMI, definice metabolického syndromu. Doporučení režimových opatření, možnosti OTC léčby, návštěvy odborného centra. Motivace pacienta. (8)

OTC Orlistat – role lékárny v péči o kontrolu tělesné hmotnosti

Zhodnocení zdravotních rizik souvisejících s obezitou, doporučení zdravého životního stylu, poskytnutí informací o farmakologické léčbě. (8)

Pacient s dyspepsií, refluxní ezofagitidou, gastropatií

Zjištění příčiny dyspepsie, rizikových faktorů, rozpoznání vážnějších příznaků. Zásady správné životosprávy a životního stylu, nesteroidní antiflogistika u gastropatie. Psychologický přístup k pacientovi vedoucí k dodržování doporučení, zvážení možné farmakoterapie u jednotlivých problémů. (8)

Nespavost

Informace o fyziologickém spánku. Určení příčiny nespavosti, možná léčiva způsobující nespavost, doporučení režimových opatření, poradenství o léčivech upravujících spánek. (8)

Migréna

Poučení o identifikaci migrény od běžné bolesti hlavy. Omezení vlivu a počtu spouštěčů a látek zhoršujících migrénu. Navržení režimových opatření, vhodné léčby, zmírnění potíží při záchvatu, konzultace o léčivech předepsaných lékařem. (8)

Odvykání kouření

Motivace pacienta, podpora změny životního stylu, upozornění na zdravotní rizika a nevhodná léčiva při kouření, informace o možné farmakoterapii, odkaz na centra pro závislé na tabáku. (8)

2.5.4 Struktura DP různých organizací

DP se mohou nezdědka poměrně značně lišit. Rozdíly jsou dány nejen tematickým zaměřením a samotným autorským týmem, roli hraje rovněž i charakter a působnost jednotlivých DP (čistě farmaceutické nebo obšírněji pojaté, resp. mezinárodní, národní, oblastní). Pro představu uvádíme tři příklady DP týkajících se diabetu mellitu.

EuroPharmForum, „Improved quality in diabetes care – The pharmacist in the St. Vincent team: Protocol and guidelines“

První verze obecných pokynů PharmaDiaß byla publikována na přelomu března a dubna 1995 v Aténách na setkání „St. Vincent Declaration Action Programme“ (SVD) zabývající se zlepšením kvality péče o pacienty s diabetem v rámci Evropy. (43)

Protokol

1. Úvod – základní informace o nemoci, SVD.
2. SVD doporučení pro farmaceuty – dovednosti, role v jednotlivých fázích péče.
3. Etické standardy.
4. Diskrétnost a etika sběru dat.
5. Proč by měli být farmaceuti zapojeni v péči o diabetiky – dovednosti a přínos farmaceutů.
6. Spolupráce s dalšími odborníky, diabetologickými organizacemi, pacienty.
7. Lékárenské služby v péči o diabetiky – kroky k realizaci, jak začít, školení lékárníků (teoretická výuka, praktická cvičení, semináře o diabetu), účel a cíle protokolu a pokynů.
8. Intervenční model – na úrovni propagace zdravého životního stylu k prevenci diabetu, na úrovni včasné detekce diabetu, na úrovni konzultace a monitorování pacientů s diabetem.
9. Jak používat protokol – na úrovni evropské, národní, lékárníka, pacienta. (43)

Doporučení

1. Doporučení 1: Obecné zásady pro podporu zdravého životního stylu
 - Základní informace – rizikové faktory, zdravá výživa, snížení BMI.
 - Cíle – ovlivnit modifikovatelná rizika, zpozdit nástup DM 2. typu.
 - Rozsah – zaměřit se na pacienty s ovlivnitelnými riziky DM 2. typu, informovat o rizikových faktorech, komplikacích atd.
 - Odpovědnost farmaceutických sdružení, lékárníků.
 - Struktura a požadavky na školení, klidné prostředí, základní znalosti v komunikaci s pacientem a lékařem, nástroje.
 - Dokumentace na úrovni pacienta, lékárny, národní, mezinárodní.
 - Dotazníky k identifikaci rizikových pacientů – materiály, strukturované dotazníkové techniky, posouzení dodržování rad, doporučení k lékaři.

2. Doporučení 2: Obecné zásady pro detekci nediagnostikovaných diabetiků
 - Základní informace – symptomy a signály DM 2. typu.
 - Cíle – včasné odhalení a léčba vedoucí k redukci pozdních komplikací DM.
 - Rozsah – zaměření se na pacienty se symptomy a signály DM 2. typu, hyperglykemií, jejich detekce a edukace.
 - Dotazníky k identifikaci rizikových pacientů – materiály, dotazníková technika, hodnocení glukózy v krvi, doporučení k lékaři, dokumentace.
3. Doporučení 3: Obecné zásady pro konzultaci, edukaci pacientů s cukrovkou
 - Základní informace – komplikace DM, výživa, selfmonitoring.
 - Cíle – identifikace a předcházení DRPs, edukace pacientů o technice selfmonitoringu, výživě, fyzické aktivitě, zajištění compliance.
 - Rozsah – zaměření se na pacienty s diagnostikovaným DM, hlavně 2. typu.
 - Dotazníky orientované na výsledky konzultace, edukace pacientů – 10 kroků: reakce na varovné signály související s pacientem, preskripcí a terapií; identifikace, zhodnocení a kategorizace DRPs; stanovení cílů a zhodnocení nejlepšího řešení ve spolupráci s pacientem a lékařem; dokumentace výsledků; vyhodnocení pacientových znalostí o nemoci, výživě, hypoglykémii, pohybové aktivitě, selfmonitoringu, hygieně, farmakoterapii, samoléčbě; předávání ústních doporučení; poskytnutí letáků; posouzení compliance; kontrola výsledků; doporučení.
4. Doporučení 4: Pokyny k základnímu informačnímu listu pro lékárníky (BISP)
 - Systém sběru dat na evropské úrovni umožňující analýzu kvality a charakteru poskytované péče v každé zemi.
 - Hodnocení sekundární prevence diabetu.
 - Terciární prevence diabetu.
 - Hodnocení vývoje po lékárníkově zakročení.
 - Vyplnění BISP. (43)

RPSGB, „Practice Guidance on the Care of People with Diabetes“

Pokyny k poskytování péče o diabetiky vyšly z programu PharmaDiaß EuroPharmFora po konzultaci s „Diabetes UK“ a jedná se již o třetí vydání. (27)

1. Shrnutí – cíle DP z hlediska pacientů a farmaceutů.

2. Politický kontext – národní plány pro diabetes (národní síť služeb pro diabetiky, národní komise pro detekci), vize pro lékárníky v národním zdravotním systému, nová smlouva o lékárenských službách.
3. Klinické pokyny – seznam DP z různých zdrojů, které lze také využít při poskytování péče o diabetiky.
4. Epidemiologie a zdravotnická ekonomika – stručný popis nemoci, prevalence a s tím související náklady na zdravotní péči.
5. Týmová spolupráce – zapojení se do zdravotnického týmu (role lékárníka v primární a sekundární péči), užitečné dovednosti a postoje, potenciální bariéry v poskytování nových služeb, komunikace.
6. Jak začít – co vše je potřeba zařídit k poskytování konzultací.
7. Management – zajištění kvality služeb.
8. Praktické pokyny – cíl DP na úrovni prevence, detekce a léčby.

8.1. Role lékárníka v primární prevenci diabetu.

- Propagace zdravého životního stylu – zdravá strava, snížení BMI, podpora fyzických aktivit.
- Cílený program prevence – zaměření se na rizikové pacienty.

8.2. Role lékárníka v odhalování nediodnostikovaných diabetiků.

- Monitoring volně prodejných léčiv.
- Podpora screeningových kampaní:
 - spolupráce s místními odborníky na diabetes,
 - na jaké pacienty se zaměřit,
 - doporučení při zjišťování symptomů diabetu a rizikových faktorů, odběry glykémie, testování moči,
 - doporučená vzdělávání pro farmaceuty provádějící testování, konzultace,
 - zařízení, prostory – glukometry, proužky na testování krve a moči, likvidace odpadů, prostory pro testování,
 - provádění testování, záruka testování,
 - dokumentace,
 - interpretace výsledků – komunikace, doporučení,
 - diskretnost, osobní zodpovědnost,
 - dotazy k nákupu testovacích zařízení, propagace služeb.

8.3. Role lékárníka v prevenci komplikací.

- Při prvním předepsání léků – podá se pacientovi co nejvíce informací o lécích, monitoringu, výživě, dalších možnostech diabetické péče atd.
- Při opakované preskripci – připomenutí, kontrola možných problémů s užívanými léky, podpora compliance, speciální přístup k dospívajícím.
- Selfmonitoring – lékárna jako zdroj glukometrů a informací k nim, jejich používání, podpora dostatečného monitorování.
- Související služby – odvykání kouření, lékový management.

8.4. Doporučující kritéria, standardy kvality, financování. (27)

ČLnK, DP – Poradenství u pacienta s diabetem

1. Úvod – stručně o nemoci a pacientovi.
2. Selfmonitoring – co je selfmonitoring a k čemu slouží.
 - Selfmonitoring glukometrem – technika, frekvence, pravidla, nejčastější chyby, podrobněji rozebráno v samostatném DP.
 - Selfmonitoring moči.
3. Možnosti řešení hypoglykémie a hyperglykémie.
 - Hypoglykémie – příčiny, příznaky, pomoc při hypoglykémii.
 - Hyperglykémie – příčiny, příznaky, opatření.
4. Dietní opatření a fyzická aktivita.
 - Dietní opatření – udržování hladiny cukru v krvi v závislosti na potravě, optimální hmotnost, kontrola hladin tuků a krevního tlaku, doporučení výživy pro diabetiky, náhradní sladidla, alkohol, doplňky stravy.
 - Fyzická aktivita – obecná doporučení při diabetu.
5. Prevence pozdních komplikací – stručná charakteristika jednotlivých komplikací.
 - Ateroskleróza, diabetická retinopatie, diabetická nefropatie, diabetická neuropatie, diabetická noha, resp. další možné komplikace.
6. Závěr – shrnutí výše uvedeného.
 - Cíle léčby – optimální hodnoty hladiny cukru, tuků, krevního tlaku.
 - Role lékárníka – motivace pacienta k pravidelnému selfmonitoringu, poskytnutí obecných informací, konzultace DRPs, působení na psychiku pacienta, nabídka kontaktů. (8)

2.6 Systémy odměňování farmaceuta

V USA, Kanadě a v řadě evropských zemí jako např. ve Velké Británii, Německu, Finsku, Nizozemsku je konzultační služba hrazena ze zdravotního pojištění.

USA

Tvůrci Aktuální procesní terminologie (CPT) Americké lékařské asociace zavedli v roce 2006 tři dočasné CPT kódy pro lékárny a lékárníky provádějící MTM služby za účelem umožnění platby provedené péče. Ty nabyly účinnosti 1. ledna 2006. V roce 2008 byly nahrazeny trvalými CPT kódy. První kód slouží pro nového pacienta, druhý pro jeho následující návštěvu v lékárně. Týkají se prvních 15 minut strávených s pacientem, pro každých dalších 15 minut konzultace slouží třetí kód. Zdánlivě to vypadá, že neberou v úvahu klinickou složitost případu. První konzultace vychází na 75 USD až 120 USD, následující pak na 35 USD až 60 USD. (10)

Kanada

V Kanadě je konzultační činnost kompenzována paušálně bez ohledu na čas strávený s pacientem. Každý úkon má svůj PIN. Konzultace jednoho pacienta 1x ročně v rámci základního programu „MedsCheck“ stojí 60 CAD, následující v témže roce 25 CAD. Z každé konzultace musí vzejít záznam s datem a podpisy pacienta a lékárníka, popř. musí být k dispozici podklady o přijetí nebo propuštění z nemocnice, které opravňují pro další konzultaci v témže roce. Program pro diabetiky má své vlastní úhrady a to 75 CAD za roční konzultaci, 25 CAD za následnou péči a monitoring. U programu pro obyvatele domovů s dlouhodobou péčí je propláceno 90 CAD za roční konzultaci, 50 CAD za čtvrtletní lékové zhodnocení. „MedsCheck“ pro pacienty v domácí péči je ohodnocen částkou 150 CAD na pacienta a rok. (20)

Velká Británie

Poplatky za provedené služby jsou uplatňovány na základě podání k tomu určeného formuláře. Vše je založeno na důvěře, nicméně NHS bezpečnostní management potvrdil, že má kontrolní opatření k odhalení podvodných aktivit stejně jako u jiných systémů, kde je odměna vyplácena na základě vlastního prohlášení. Poplatek za MUR je 28 GBP, které je poskytnuto pacientovi 1x ročně, maximální počet MUR provedených lékárnou je 400 za rok. AUR provedené v lékárně stojí také 28 GBP

a 54 GBP v případě poskytnutí služby u pacienta doma, popř. 28 GBP každé další zhodnocení uskutečněné na stejném místě během 24 hodin. Proplácení počtu AUR je omezeno na 1/35 z dispenzovaných přístrojů v dané lékárně v jednom roce. Za poskytnutí stomie je placeno 4,32 GBP za jednu dispenzovanou položku bez ohledu na to, zda je potřeba přizpůsobení přístroje pacientovi. (26)

Švédsko

Konzultační činnost je poskytována jako veřejná služba. Lékárny neobdrží žádnou platbu od pacienta nebo pojišťovny. Služby jsou financovány prostřednictvím Apoteket AB z celkového zisku lékáren. (29)

2.7 Role farmaceutických asistentů

Farmaceutičtí asistenti jsou často prvními odborníky, se kterými přijde pacient v lékárně do kontaktu při výdeji přípravků bez lékařského předpisu a při řešení lehčích zdravotních potíží. A právě tato oblast je vhodná k využití potenciálu farmaceutických asistentů při poskytování poradenství. Pro tyto účely existují i jednoduchá doporučení (algoritmy) sloužící k usnadnění rozhodování a zvyšující znalosti o volně prodejných lécích. Studie ukazují, že farmaceutičtí asistenti mohou mít důležité postavení také ve specifických disciplínách (konzultace s onkologickými pacienty), nicméně to už vyžaduje absolvování speciálního akreditovaného kurzu v lékovém managementu. (44)

Farmaceutický asistent se zapojuje do konzultací různými způsoby. Od samostatného jednání s pacientem, přes jednání s pacientem za kontroly lékárníka až jako zprostředkovatel konzultace mezi pacientem a lékárníkem.

- Farmaceutický asistent jako samostatný rádce přijímá zodpovědnost za léčbu pacienta.
- Nepřímý zásah lékárníka je zapotřebí v případě, že farmaceutický asistent nemá dostatečné znalosti a odkazuje se na lékárníka. Ujišťuje se ve svém doporučení nebo předává pacientovi informace, které nejdříve zkontualoval s lékárníkem.
- Farmaceutický asistent hraje roli prostředníka mezi lékárníkem a pacientem po dobu, kdy usoudí vhodnost konzultace přímo s lékárníkem. Dále se může farmaceutický asistent podílet na konzultaci tím, že je pověřen přípravou pacienta na následující pohovor s lékárníkem nebo se věnuje pacientovi do doby, než je lékárník k dispozici. (44)

Farmaceutičtí asistenti se často cítí nedoceněni v této oblasti lékařenské činnosti. Nicméně vztah mezi lékárníkem a farmaceutickým asistentem je složitý. Především proto, že lékárník nese často odpovědnost za jednání farmaceutického asistenta. Další problém může být ve vnímání role farmaceutického asistenta jako odborného poradce ze strany pacientů. Ti musí vnímat poskytovatele konzultací jako dostatečně informovaného, důvěryhodného, spolehlivého, aby mezi nimi mohl být navozen kladný vztah. Toto postavení náleží z pohledu pacientů spíše lékárníkům, u farmaceutických asistentů už tomu tak být nemusí. (44)

3 Praktická část

3.1 Metodika

V rámci práce byla provedena prospektivní dotazníková studie. V únoru 2011 byl do lékáren v České republice e-mailem rozeslán dotazník týkající se konzultační činnosti. Sběr dat probíhal jeden měsíc.

3.1.1 Vzorek

K 31. 12. 2010 bylo podle údajů z databáze ČLnK v ČR 2455 lékáren, a to jak veřejných vlastněných lékárníkem nebo provozovaných právnickou osobou, tak nemocničních ve státním nebo jiném vlastnictví. Cílem průzkumu bylo oslovit všechny lékárny. Přičemž dotazník byl v rámci možností rozeslán do 2287 lékáren.

3.1.2 Oslovení

Lékárny byly osloveny prostřednictvím e-mailu tak, aby dotazník za každou lékárnu vyplnil vždy jeden zástupce s tím, že se jedná o zcela anonymní průzkum. Bylo využito spolupráce s ČLnK, která má k dispozici aktuální kontakty na lékárny. ČLnK následně e-mail s přiloženým dotazníkem rozeslala.

3.1.3 Nástroj výzkumu

Dotazník byl konzultován se členem ČLnK a pilotován na pěti lékárnách. Obsahoval 21 otázek, přičemž otázky č. 1 až 4 byly určeny všem lékárnám, týkaly se obecných informací o lékárně. Otázka č. 4, zda lékárna provádí konzultační činnost, byla klíčová k pokračování ve vyplňování dotazníku. Další otázky už se zabývaly samotnou konzultační činností tak, aby poskytly obrázek o tom, jakým způsobem je u nás konzultační činnost prováděna. U většiny otázek bylo vždy nabídnuto několik odpovědí, které bylo popř. možno doplnit slovním komentářem.

3.1.4 Zpracování a analýza dat

Získaná data byla zpracována pomocí frekvenční analýzy. Všechny odpovědi byly zadány do aplikace Microsoft Excel 2007, zde i vyhodnoceny a převedeny do tabulek a grafů.

Hodnoceny byly všechny dotazníky, které nám byly zaslány zpět. Odpovědi všech respondentů na první otázky dotazníku byly zahrnuty do obecného vyhodnocení, které zároveň rozdělilo respondenty na dvě skupiny, provádějící a neprovádějící konzultační činnost. Denominátorem byl počet respondentů, který představoval 260. Další vyhodnocení se týkalo přímo skupiny provádějící konzultační činnost. Protože tato skupina tvořila základ našeho průzkumu, byly její odpovědi z obecného vyhodnocení zpracovány znovu a doplněny vyhodnocením zbývajících otázek dotazníku. U této skupiny byl denominátor 63.

3.2 Výsledky

Z 2287 obeslaných lékáren jich odpovědělo 260, což odpovídá 11 %.

3.2.1 Obecné vyhodnocení všech respondentů

Tato část zahrnuje základní informace o všech respondentech získané z otázek č. 1 – 4.

Místo lékárny

Tab. 1 Zastoupení respondentů dle kraje

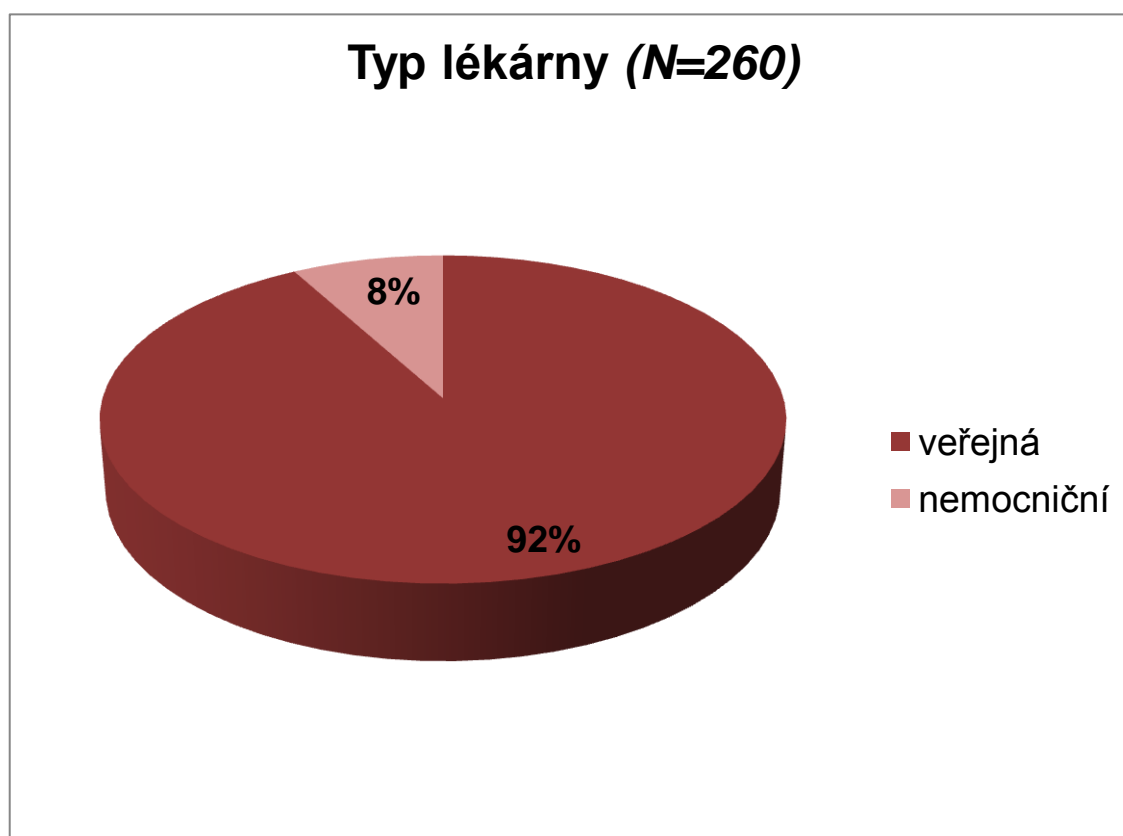
Místo lékárny		
	počet respondentů	vyjádření v procentech
Praha	28	11 %
Středočeský kraj	22	8 %
Liberecký kraj	16	6 %
Ústecký kraj	16	6 %
Karlovarský kraj	2	1 %
Plzeňský kraj	14	5 %
Jihočeský kraj	16	6 %
Královéhradecký kraj	15	6 %
Pardubický kraj	16	6 %
Vysočina	11	4 %
Olomoucký	19	7 %
Moravskoslezský	25	10 %
Jihomoravský	40	15 %
Zlínský	13	5 %
nevíme	7	3 %
celkem	260	100 %

Výsledky: Největší návratnost odpovědí byla z Jihomoravského kraje, následovaného Prahou a Moravskoslezským krajem. Jen nepatrný počet lékáren odpověděl z Karlovarského kraje. Lékárny byly jak z velkých měst (více jak 100 000 obyvatel), tak malých obcí (do 5000 obyvatel).

Typ lékárny

Tab. 2 Zastoupení respondentů dle typu lékárny

Typ lékárny		
	počet respondentů	vyjádření v procentech
veřejná	239	92 %
nemocniční	21	8 %
celkem	260	100 %



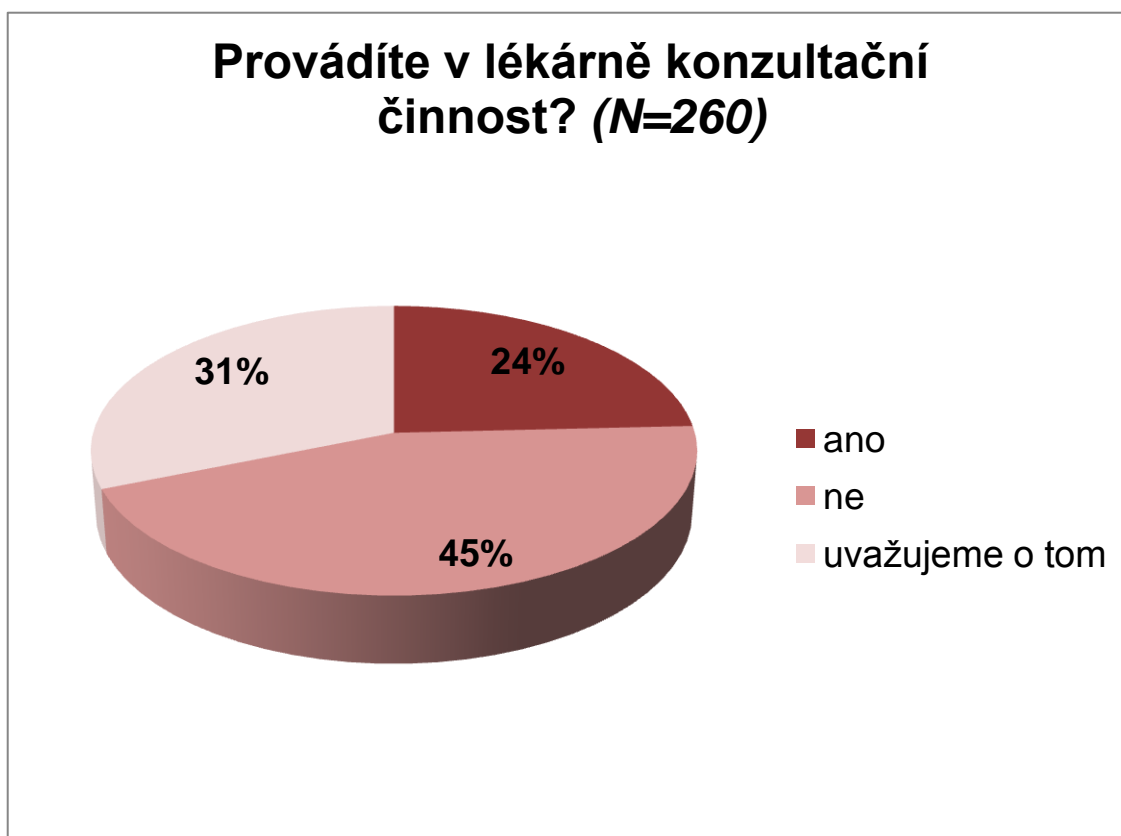
Obr. 1 Grafické znázornění respondentů dle typu lékárny

Výsledky: Z celkového počtu respondentů, bylo 92 % lékáren veřejných a 8 % nemocničních. Přičemž v 65 případech byl majitelem lékárník, u 115 byla provozovatelem právnická osoba. 76 lékáren bylo součástí sítě lékáren (pět a více lékáren) a 24 z nich se nacházelo v obchodním centru. Z nemocničních lékáren bylo 8 ve vlastnictví státu, zbytek byl v jiném vlastnictví (např. kraj).

Provádíte v lékárně konzultační činnost? (otázka č. 4)

Tab. 3 Vyjádření odpovědí k otázce č. 4

Provádíte v lékárně konzultační činnost?		
	počet respondentů	vyjádření v procentech
ano	63	24 %
ne	116	45 %
uvažujeme o tom	81	31 %
celkem	260	100 %



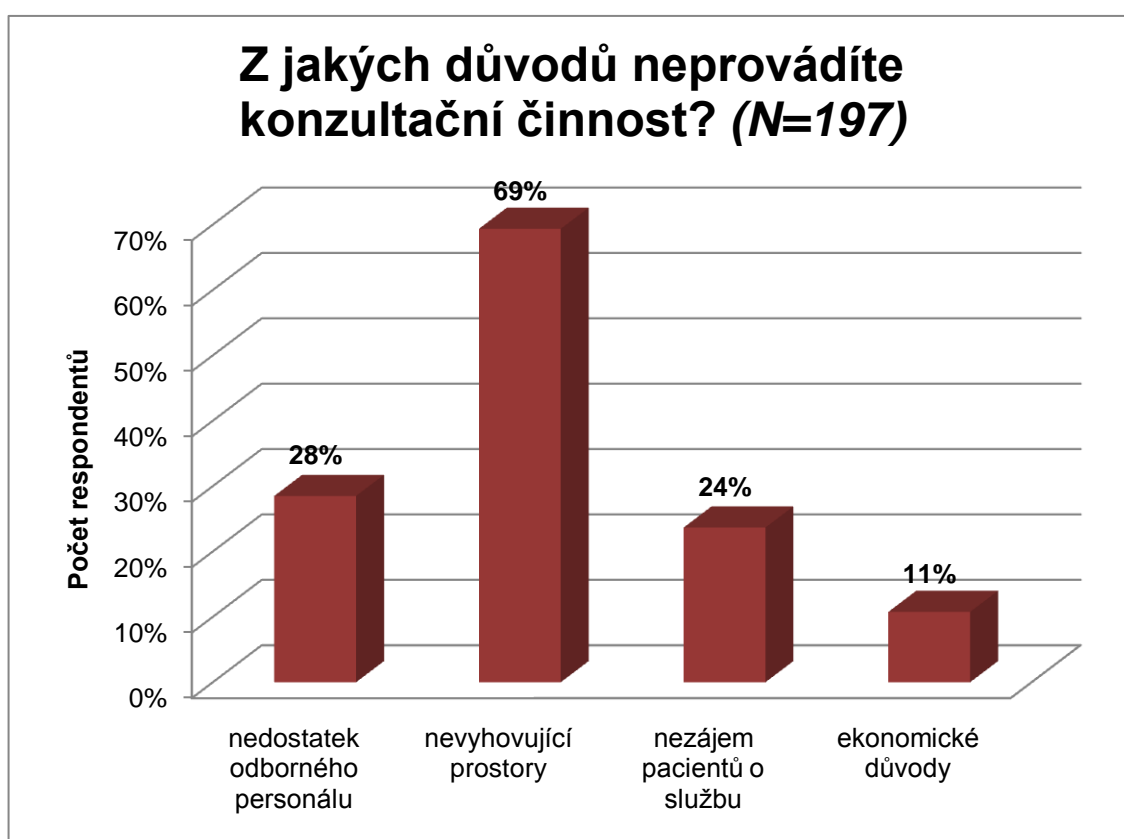
Obr. 2 Grafické znázornění odpovědí k otázce č. 4

Výsledky: Necelá čtvrtina (24 %) respondentů provádí v lékárně konzultační činnost. Dalších 31 % respondentů o ní uvažuje a někteří dokonce již podnikly určité kroky k její možné realizaci v budoucnu. Ostatní neprojevily zájem o tuto službu.

Z jakých důvodů neprovádíte konzultační činnost?

Tab. 4 Vyjádření odpovědí k otázce

Z jakých důvodů neprovádíte konzultační činnost?		
	počet respondentů	vyjádření v procentech
nedostatek odborného personálu	53	28 %
nevyhovující prostory	129	69 %
nezájem pacientů o službu	44	24 %
ekonomické důvody	20	11 %



Obr. 3 Grafické znázornění odpovědí k otázce

Výsledky: Respondenti mohli označit více odpovědí u této otázky. Jako největší překážku v poskytování konzultační činnosti uváděly lékárny především nevyhovující prostorové zázemí.

3.2.2 Vyhodnocení respondentů poskytujících konzultační činnost

Tato část se zabývá respondenty, kteří provádí konzultační činnost (KČ). Kromě obecných informací o lékárně vypovídá o konkrétních poznatcích a úrovni této služby získaných z otázek č. 5 – 21.

Místo lékárny

Tab. 5 Zastoupení respondentů provádějících KČ dle kraje

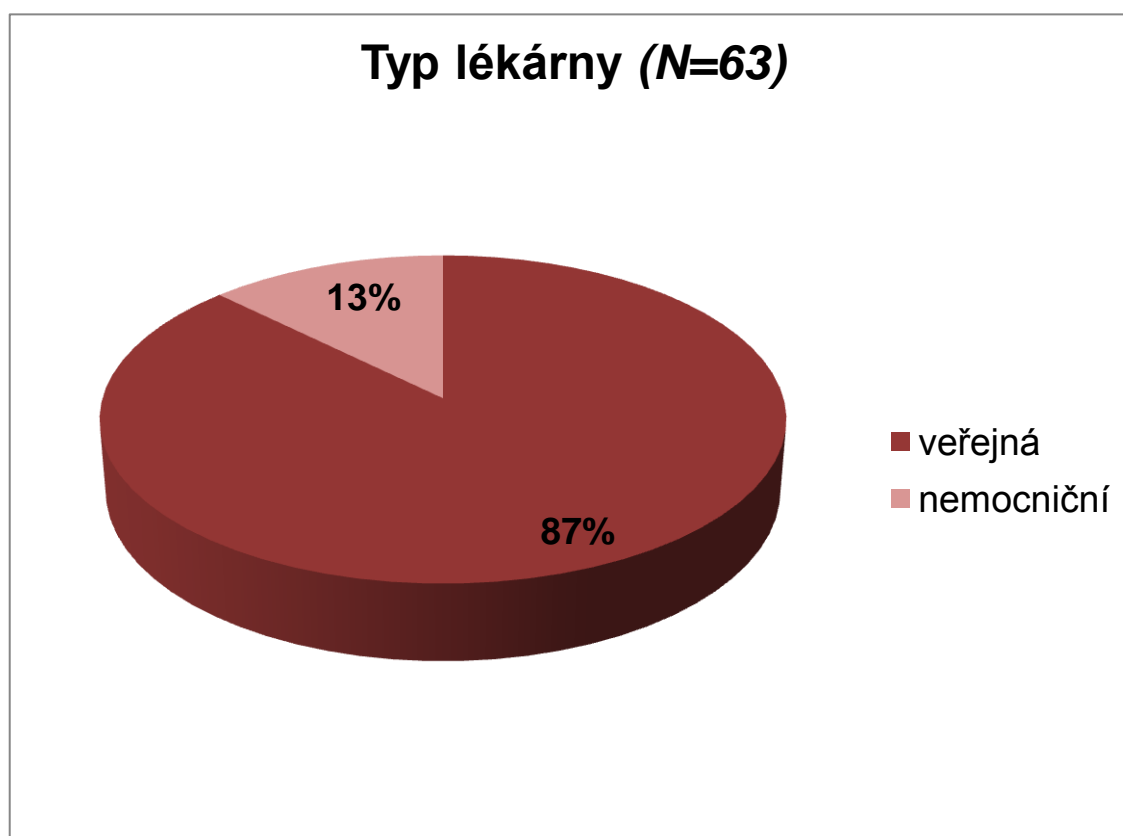
Místo lékárny		
	počet respondentů	vyjádření v procentech
Praha	6	10 %
Středočeský kraj	3	5 %
Liberecký kraj	4	6 %
Ústecký kraj	7	11 %
Karlovarský kraj	0	0 %
Plzeňský kraj	2	3 %
Jihočeský kraj	3	5 %
Královéhradecký kraj	3	5 %
Pardubický kraj	5	8 %
Vysočina	1	2 %
Olomoucký	8	13 %
Moravskoslezský	4	6 %
Jihomoravský	10	16 %
Zlínský	5	8 %
nevíme	2	3 %
celkem	63	100 %

Výsledky: Lékárny poskytující konzultační činnost byly nejvíce z kraje Jihomoravského, Olomouckého, Ústeckého a z Prahy. Nulová odezva této služby byla z Karlovarského kraje. Opět se jednalo jak o velká města (nad 100 000 obyvatel), tak malé obce (do 5000 obyvatel).

Typ lékárny

Tab. 6 Zastoupení respondentů provádějících KČ dle typu lékárny

Typ lékárny		
	počet respondentů	vyjádření v procentech
veřejná	55	87 %
nemocniční	8	13 %
celkem	63	100 %



Obr. 4 Grafické znázornění respondentů provádějících KČ dle typu lékárny

Výsledky: Z veřejných lékáren provádějících KČ byl ve 21 případech majitelem lékárník a ve 32 byla provozovatelem právnická osoba, přičemž 8 bylo součástí sítě lékáren a 2 se nacházely v obchodním centru. Nemocniční lékárny byly z poloviny ve státním a z druhé poloviny v jiném vlastnictví (např. kraj).

Kdy jste začaly poskytovat konzultační činnost?

Tab. 7 Zastoupení respondentů dle doby, od které je poskytována KČ

Kdy jste začali poskytovat konzultační činnost?		
	počet respondentů	vyjádření v procentech
před 2000	3	5 %
před 2005	8	13 %
2005	4	6 %
2006	6	10 %
2007	4	6 %
2008	8	13 %
2009	14	22 %
2010	12	19 %
2011	2	3 %
nevíme	2	3 %
celkem	63	100 %



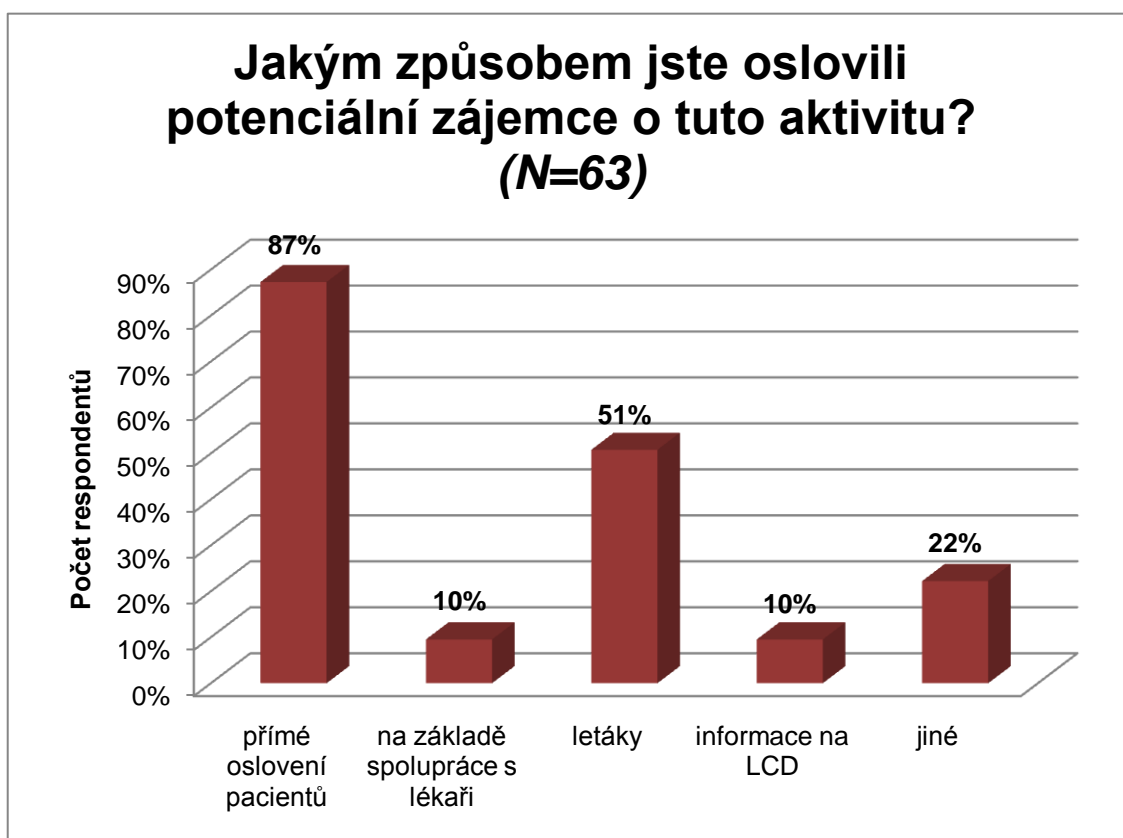
Obr. 5 Grafické znázornění respondentů dle doby, od které je poskytována KČ

Výsledky: Pár jedinců uvedlo rok začátku činnosti v 90. letech, počátky poskytování konzultační činnosti byly zaznamenány spíše až od roku 2000, přičemž největší rozvoj a přelom nastal v roce 2009.

Jakým způsobem jste oslovili potenciální zájemce o tuto aktivitu?

Tab. 8 Vyjádření odpovědí na otázku

Jakým způsobem jste oslovili potenciální zájemce o tuto aktivitu?		
	počet respondentů	vyjádření v procentech
přímé oslovení pacientů	55	87 %
na základě spolupráce s lékaři	6	10 %
letáky	32	51 %
informace na LCD	6	10 %
jiné	14	22 %



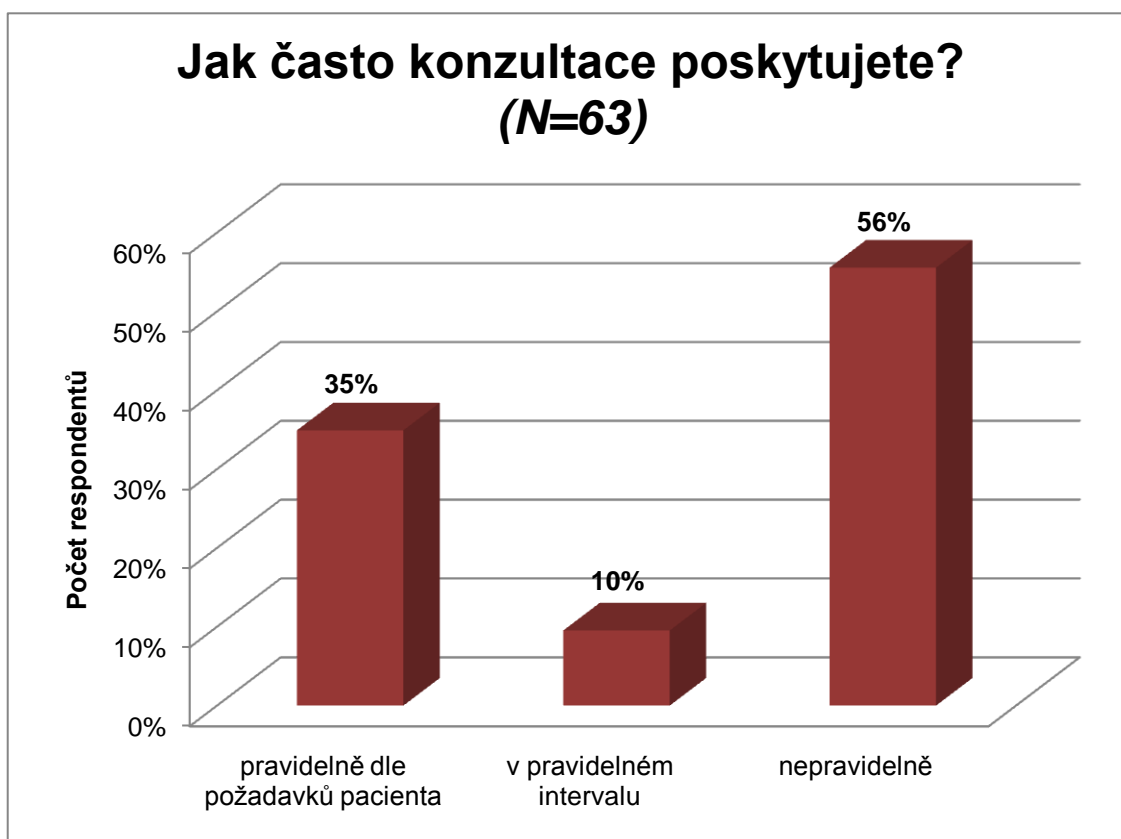
Obr. 6 Grafické znázornění odpovědí na otázku

Výsledky: Většina lékáren (87 %) oslovila pacienty při výdeji, druhou nejběžnější cestou byly letáky. Dalšími uvedenými možnostmi bylo umístění plakátu v lékárně, informace v místním tisku nebo na webových stránkách lékárny.

Jak často konzultace poskytlujete?

Tab. 9 Zastoupení respondentů dle otázky

Jak často konzultace poskytlujete?		
	počet respondentů	vyjádření v procentech
pravidelně dle požadavků pacienta	22	35 %
v pravidelném intervalu	6	10 %
nepravidelně	35	56 %
celkem	63	100 %



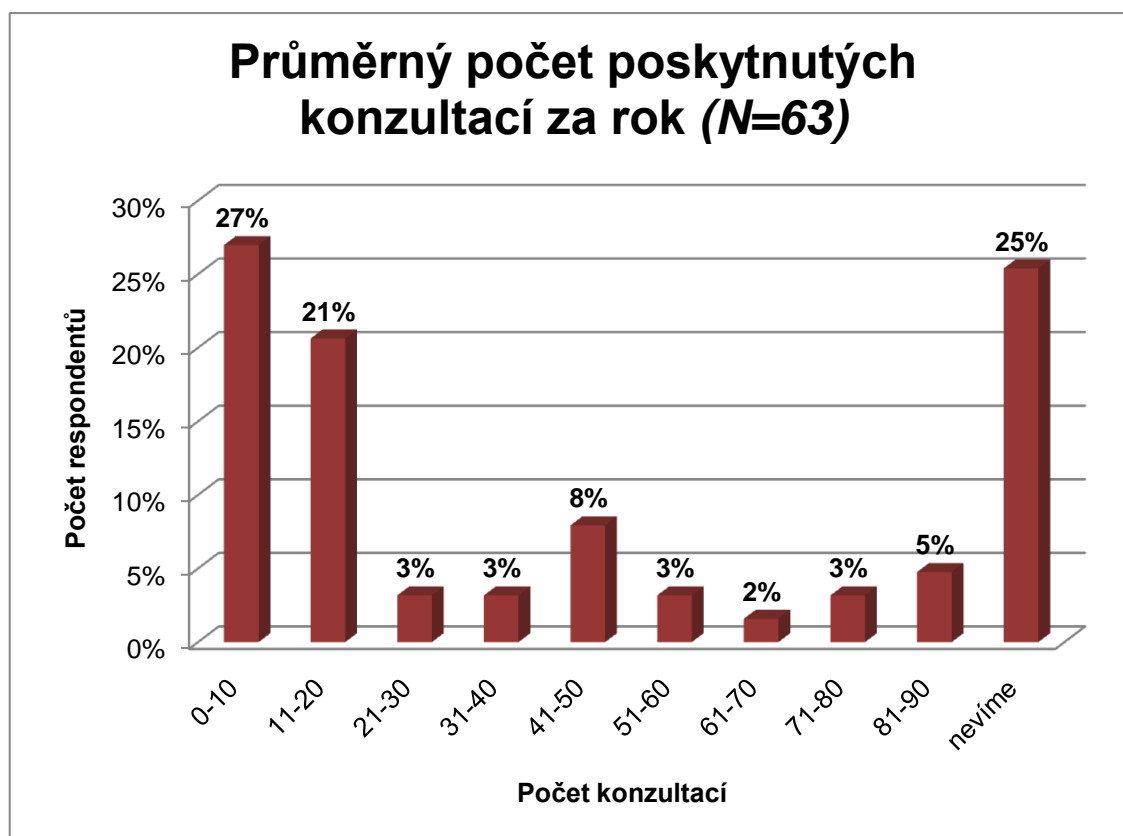
Obr. 7 Grafické znázornění respondentů dle otázky

Výsledky: Většina lékáren poskytuje konzultace nepravidelně na vyžádání pacienta, zhruba třetina lékáren pravidelně po většinu pracovní doby. Pár lékáren uvedlo, že má na konzultace vyhrazenou dobu, např. čtyři dny v týdnu, jeden den v týdnu po dobu třech hodin atd. Jedna lékárna poskytuje dvakrát v měsíci např. nutriční poradenství.

Průměrný počet poskytnutých konzultací za rok

Tab. 10 Zastoupení respondentů dle průměrného počtu konzultací za rok

Průměrný počet poskytnutých konzultací za rok		
	počet respondentů	vyjádření v procentech
0-10	17	27 %
11-20	13	21 %
21-30	2	3 %
31-40	2	3 %
41-50	5	8 %
51-60	2	3 %
61-70	1	2 %
71-80	2	3 %
81-90	3	5 %
nevíme	16	25 %
celkem	63	100 %



Obr. 8 Grafické znázornění respondentů dle průměrného počtu konzultací za rok

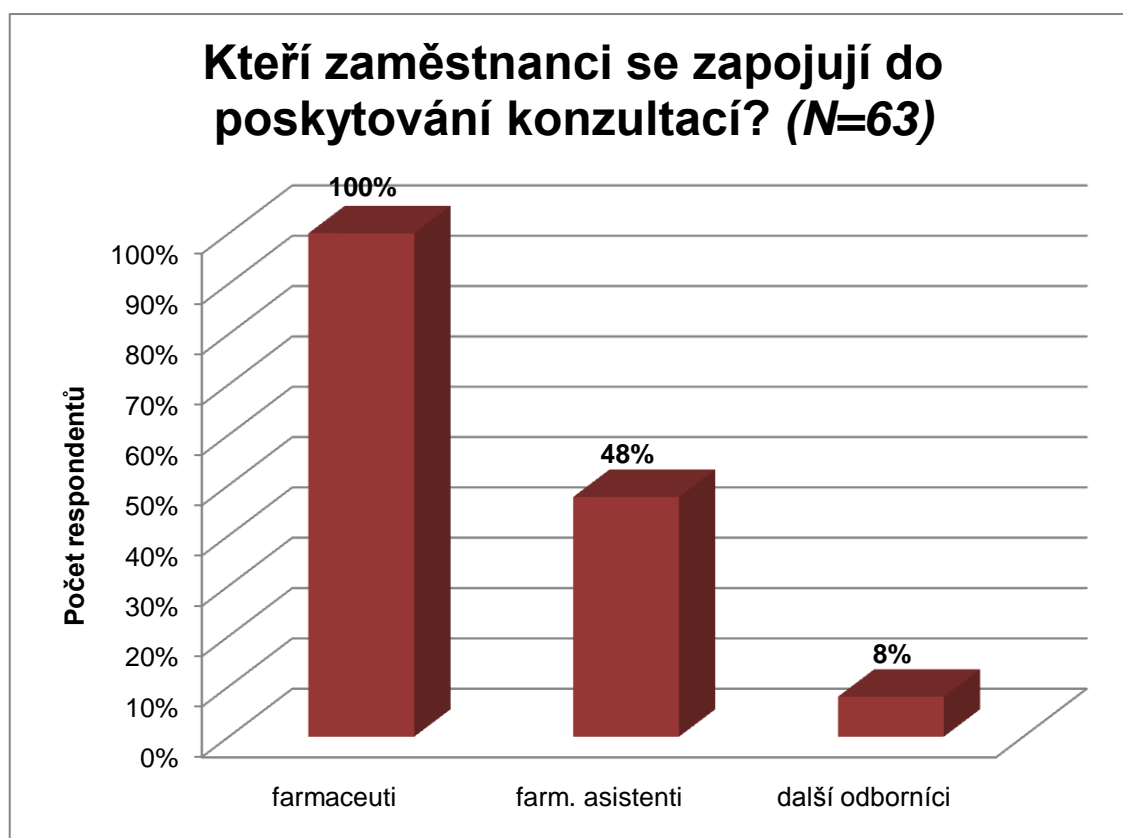
Výsledky: Zhruba čtvrtina lékáren poskytne do deseti konzultací ročně, další necelá čtvrtina do dvaceti. Čtvrtina lékáren si nevede záznamy o počtu konzultací a nemá

představu, kolik konzultací mohla poskytnout. Větší množství provedených konzultací (nad 70) uváděly spíše nemocniční lékárny. Lékárny byly také dotázány na počet konzultací za rok 2010. Nicméně se nepotvrdilo, že by se jejich počet během tohoto roku zvýšil, někdy byl dokonce nižší než průměr za předchozí roky. Průměrný počet poskytnutých konzultací na lékárně je 26 za rok.

Kteří zaměstnanci se zapojují do poskytování konzultací?

Tab. 11 Vyjádření odpovědí na otázku

Kteří zaměstnanci se zapojují do poskytování konzultací?		
	počet respondentů	vyjádření v procentech
farmaceuti	63	100 %
farm. asistenti	30	48 %
další odborníci	5	8 %



Obr. 9 Grafické znázornění odpovědí na otázku

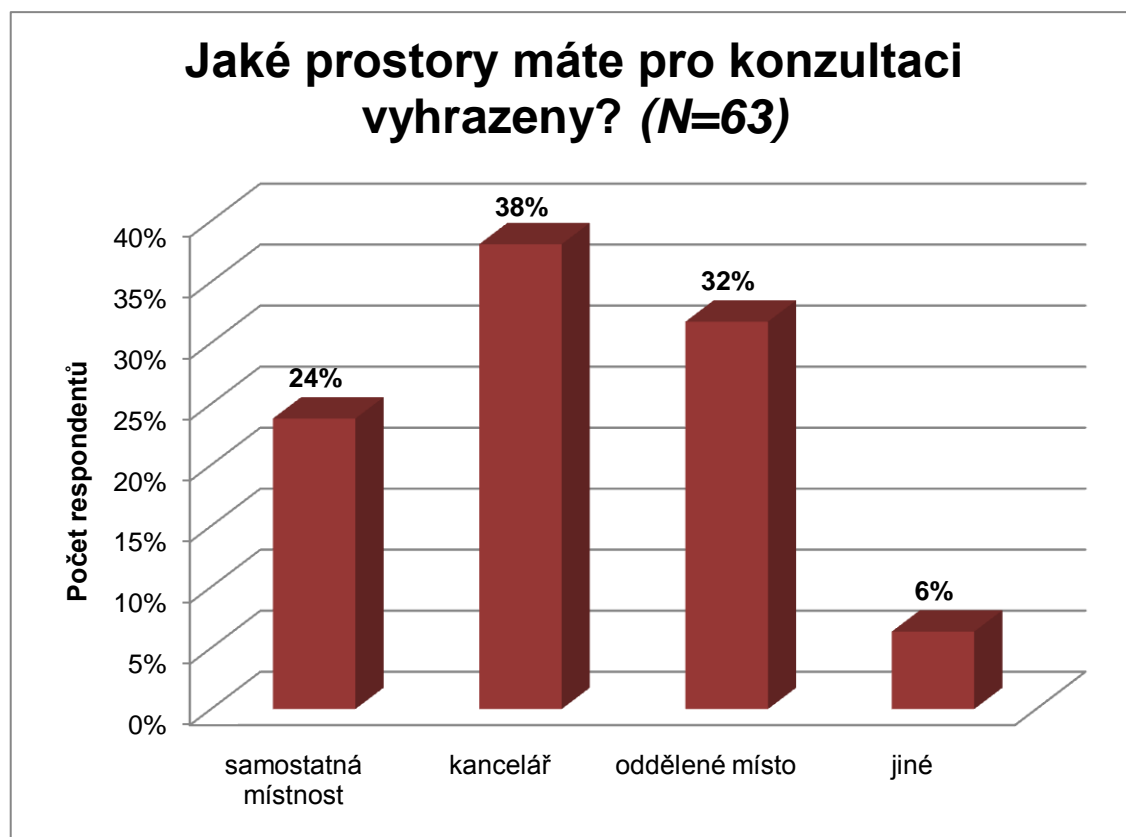
Výsledky: Ve všech případech provádí konzultace farmaceuti, téměř v polovině případů jsou do konzultací zapojeni také farmaceutičtí asistenti, v 5 lékárnách provádí konzultace ještě další odborníci, jako např. nutriční poradce nebo dentální hygienista.

54 % respondentů uvedlo, že se na konzultacích podílí všichni ze zaměstnaných farmaceutů, jinde jen část z nich.

Jaké prostory máte pro konzultaci vyhrazeny?

Tab. 12 Zastoupení respondentů dle prostorů mající pro konzultace

Jaké prostory máte pro konzultaci vyhrazeny?		
	počet respondentů	vyjádření v procentech
samostatná místnost	15	24 %
kancelář	24	38 %
oddělené místo	20	32 %
jiné	4	6 %
celkem	63	100 %



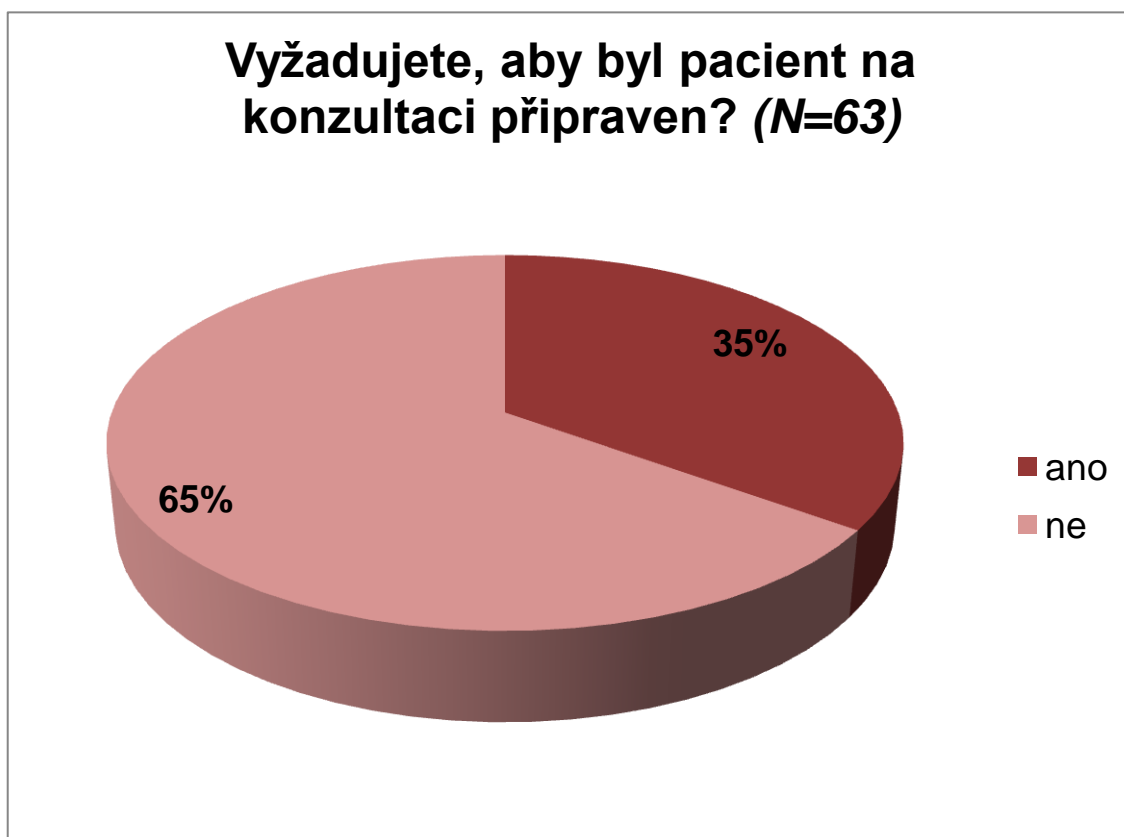
Obr. 10 Grafické znázornění respondentů dle prostorů mající pro konzultace

Výsledky: Více jak polovina respondentů má dostačující prostředí pro konzultace, jako je samostatná místnost nebo kancelář. Mezi jinými místy byly uváděny oddělená tára, stolek v ordinaci, v jednom případě šatna.

Vyžadujete, aby byl pacient na konzultaci připraven?

Tab. 13 Zastoupení respondentů dle jejich požadavků na přípravu pacienta

Vyžadujete, aby byl pacient na konzultaci připraven?		
	počet respondentů	vyjádření v procentech
ano	22	35 %
ne	41	65 %
celkem	63	100 %



Obr. 11 Grafické znázornění respondentů dle jejich požadavků na přípravu pacienta

Výsledky: Třetina respondentů vyžaduje, aby byl pacient ke konzultaci připraven a to v podobě seznamu užívaných léků a doplňků stravy včetně dávkování. Někteří uvedli také požadavek zprávy z vyšetření a biochemické rozborů, pokud je má pacient k dispozici.

Vedete si při konzultaci písemný záznam?

Tab. 14 Zastoupení respondentů dle vedení záznamu při konzultaci

Vedete si při konzultaci písemný záznam?		
	počet respondentů	vyjádření v procentech
ano	20	32 %
ne	43	68 %
celkem	63	100 %



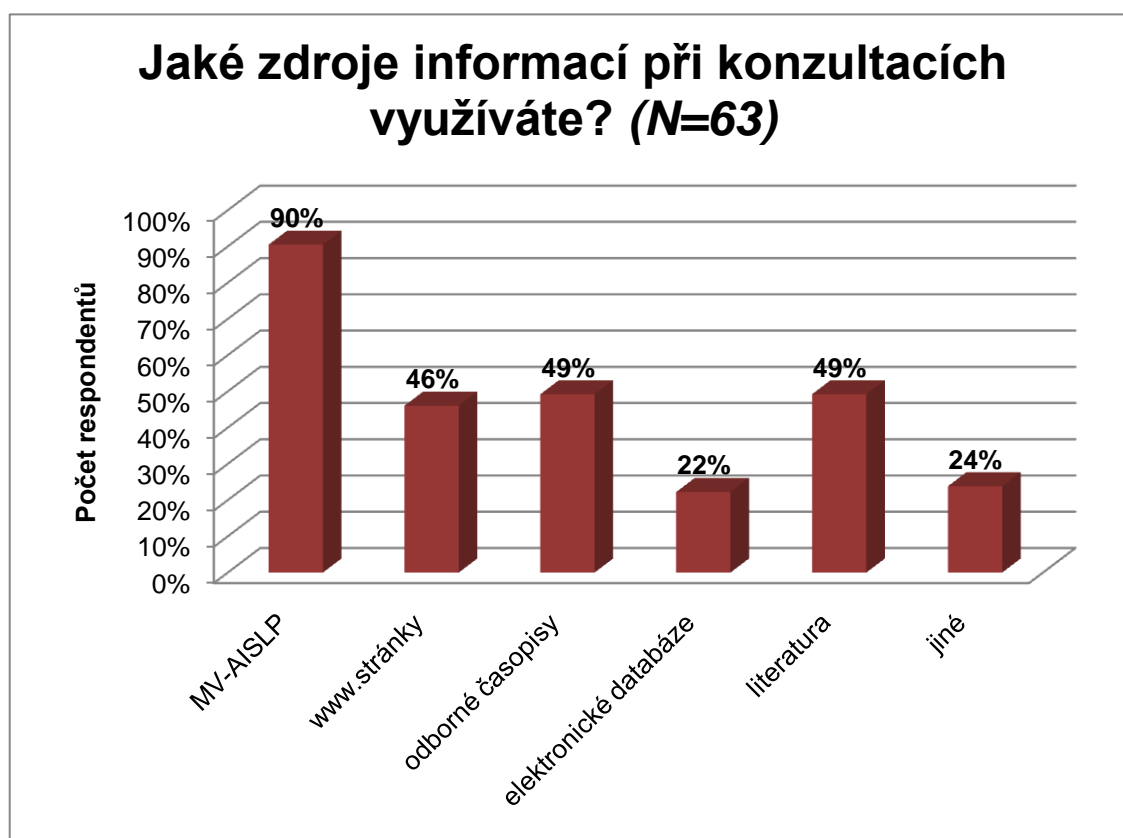
Obr. 12 Grafické znázornění respondentů dle vedení záznamu při konzultaci

Výsledky: Třetina respondentů si vede při konzultaci záznam. Lékárny využívají jak papírovou, tak elektronickou formu vedení poznámek, dotazníků, konzultačního formuláře ČLnK. Dvě lékárny mají k tomuto určenou konzultační knihu. Ne však všichni, kdo si vedou během konzultace papírové poznámky, je pak archivují.

Jaké zdroje informací při konzultacích využíváte?

Tab. 15 Vyjádření odpovědí na otázku

Jaké zdroje informací při konzultacích využíváte?		
	počet respondentů	vyjádření v procentech
MV-AISLP	57	90 %
webové stránky	29	46 %
odborné časopisy	31	49 %
elektronické databáze	14	22 %
literatura	31	49 %
jiné	15	24 %



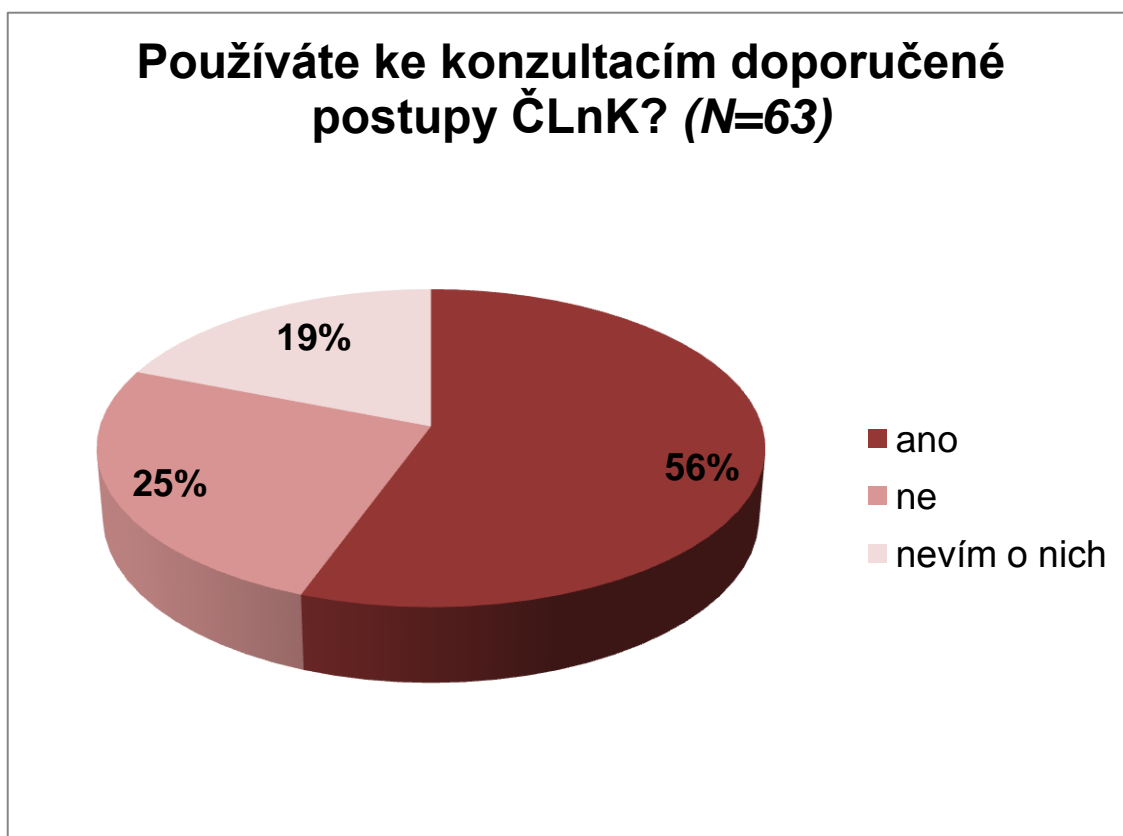
Obr. 13 Grafické znázornění odpovědí na otázku

Výsledky: Téměř všichni respondenti uvedli, že při konzultacích používají MV-AISLP. Z webových stránek byly uváděny např. stránky ČLnK, SÚKL, Apatykář atd. Z časopisů jsou nejčastěji využívány Praktické lékárenství, Remedia, Zdravotnické noviny, Klinická farmakologie a farmacie, Medical Tribune. Z elektronických databází se jedná o PubMed, Toxnet. Literatura je velmi různorodá. Jako další zdroje informací byly uváděny léková informační centra, odborné semináře a školení.

Používáte ke konzultacím doporučené postupy ČLnK?

Tab. 16 Zastoupení lékáren dle používání DP ČLnK

Používáte ke konzultacím doporučené postupy ČLnK?		
	počet respondentů	vyjádření v procentech
ano	35	56 %
ne	16	25 %
nevím o nich	12	19 %
celkem	63	100 %



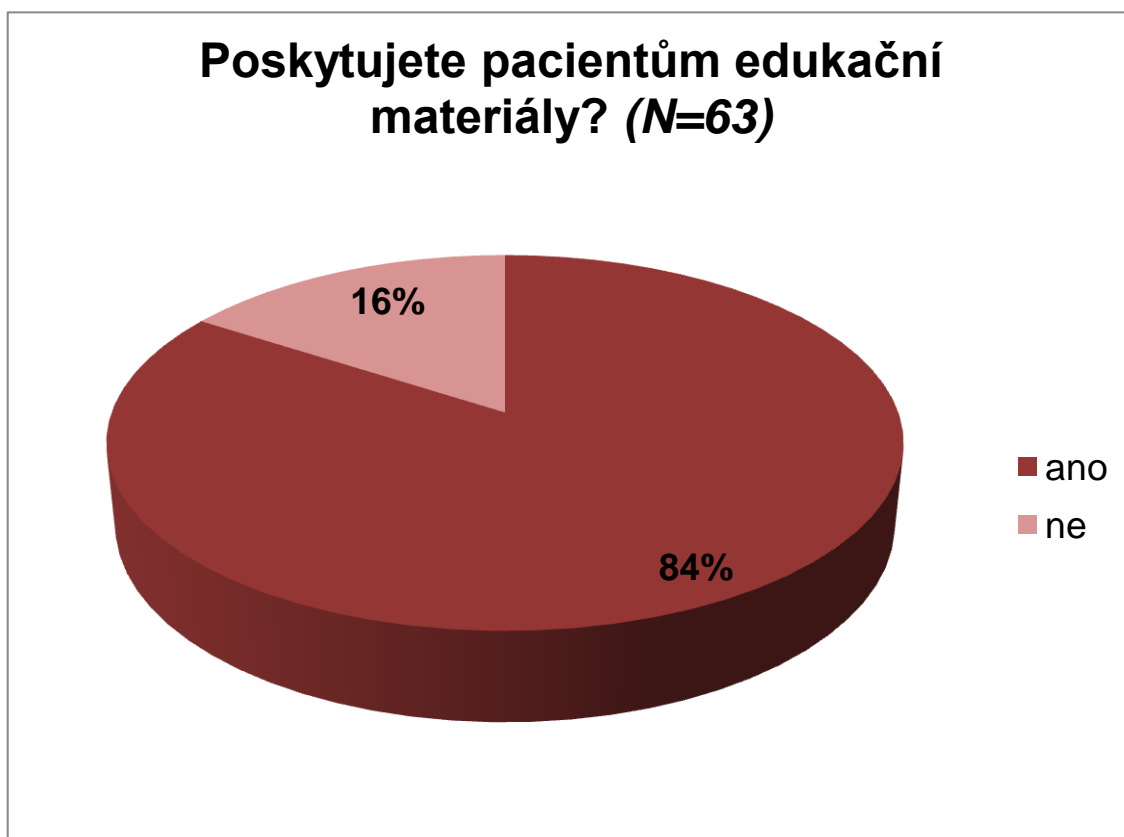
Obr. 14 Grafické znázornění respondentů dle používání DP ČLnK

Výsledky: Doporučené postupy ČLnK používá více jak polovina respondentů, 19 % o nich vůbec neví.

Poskytujete pacientům edukační materiály?

Tab. 17 Zastoupení respondentů dle poskytování edukačních materiálů

Poskytujete pacientům edukační materiály?		
	počet lékáren	vyjádření v procentech
ano	53	84 %
ne	10	16 %
celkem	63	100 %



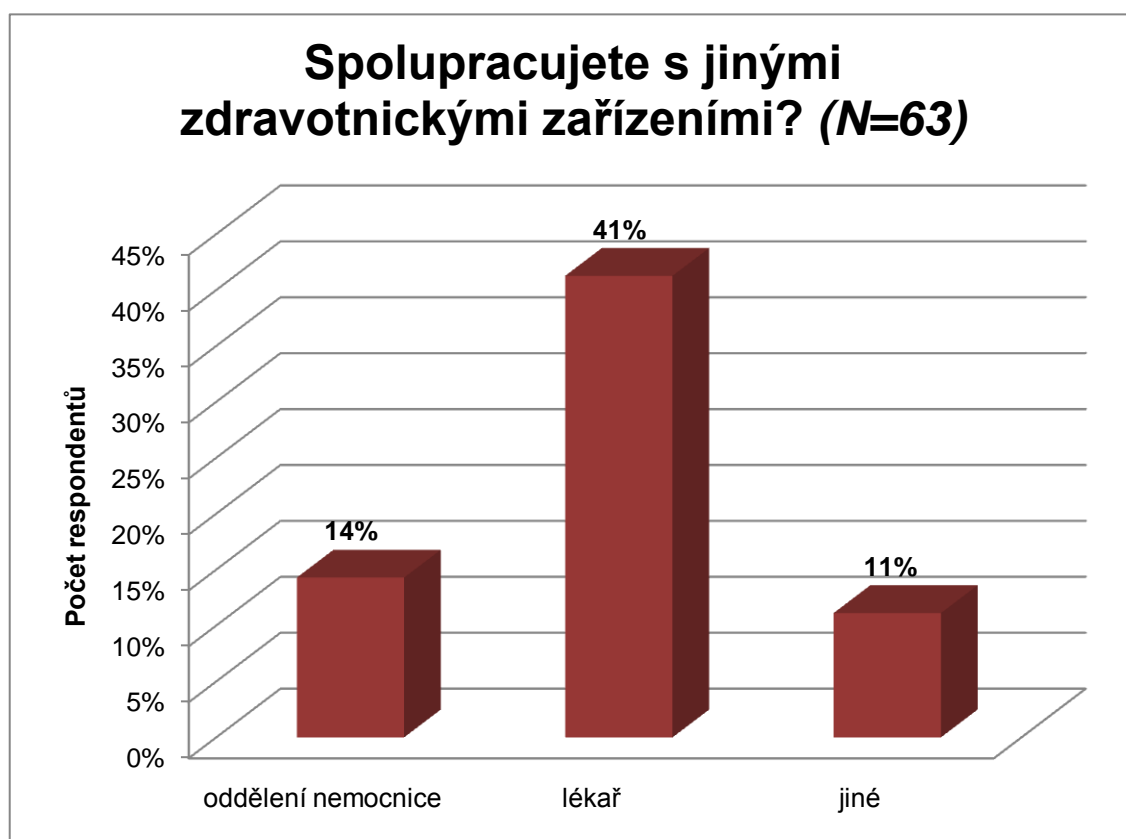
Obr. 15 Grafické znázornění respondentů dle poskytování edukačních materiálů

Výsledky: Většina lékáren poskytuje pacientům edukační materiály k danému problému.

Spolupracujete s jinými zdravotnickými zařízeními?

Tab. 18 Vyjádření odpovědí na otázku

Spolupracujete s jinými zdravotnickými zařízeními?		
	počet respondentů	vyjádření v procentech
oddělení nemocnice	9	14 %
lékař	26	41 %
jiné	7	11 %



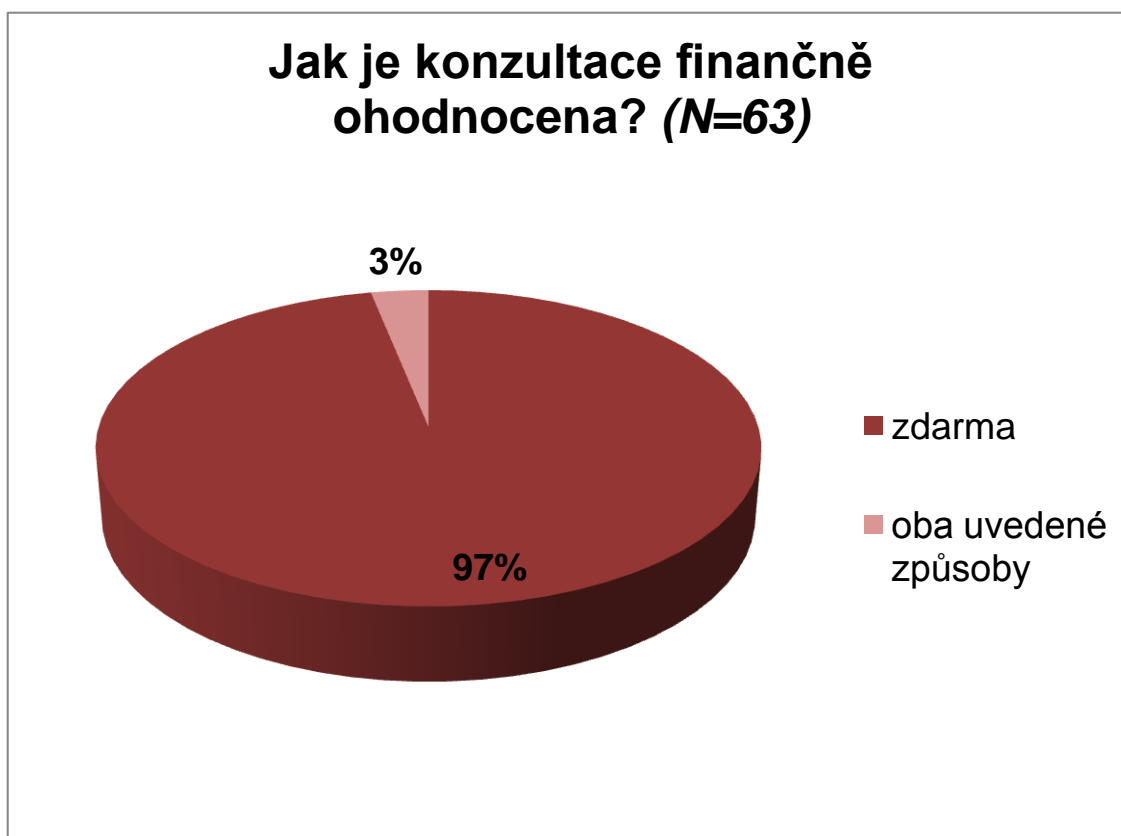
Obr. 16 Grafické znázornění odpovědí na otázku č. 17

Výsledky: S nemocničními odděleními spolupracují především nemocniční lékárny. S lékaři nejrůznějších odborností uvedlo spolupráci 41 % lékáren. Mezi dalšími spolupracujícími zdravotními zařízeními byly metabolická ambulance, centrum léčby bolesti, diabetologická edukační sestra i kolegové z jiných lékáren.

Jak je konzultace finančně ohodnocena?

Tab. 19 Zastoupení respondentů dle finančního ohodnocení konzultace

Jak je konzultace finančně ohodnocena?		
	počet respondentů	vyjádření v procentech
zdarma	61	97 %
placena pacientem	0	0 %
oba uvedené způsoby	2	3 %
celkem	63	100 %



Obr. 17 Grafické znázornění respondentů dle finančního ohodnocení konzultace

Výsledky: Kromě dvou lékáren, které mají některé poradenské služby zpoplatněny, uvedly všechny ostatní, že poskytují konzultace pacientům zdarma.

Na jaké oblasti jsou vámi poskytované konzultace zejména zaměřeny?

Tab. 20 Vyjádření odpovědí na otázku

Na jaké oblasti jsou vámi poskytované konzultace zejména zaměřeny?		
	počet respondentů	vyjádření v procentech
rozbor užívané farmakoterapie	51	81 %
řešení obtíží v rámci samoléčby	54	86 %
správná aplikace užívaných léčiv	47	75 %
obezita	35	56 %
odvykání kouření	25	40 %
zdravý životní styl	30	48 %
měření tlaku	43	68 %
měření glykémie	12	19 %
nespavost	31	49 %
jiné	19	30 %



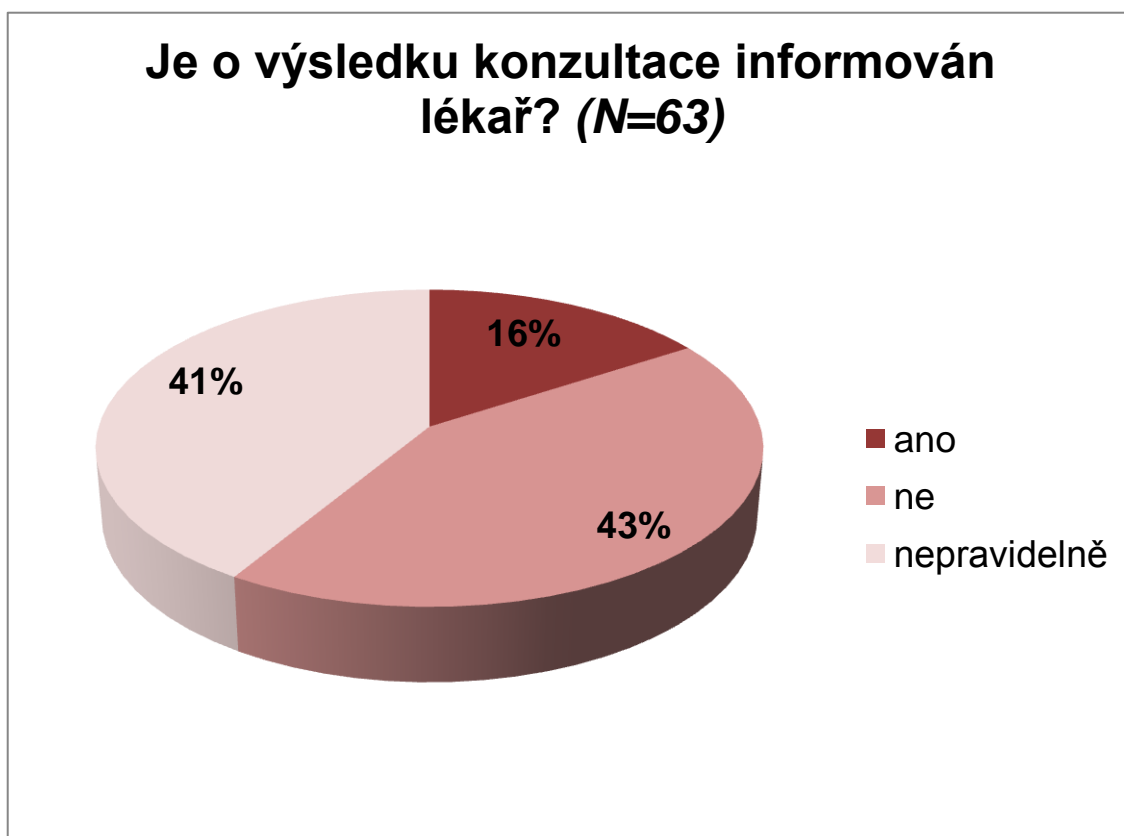
Obr. 18 grafické znázornění odpovědí na otázku č. 19

Výsledky: Kromě uvedených oblastí, byla lékárnami uváděna často homeopatie, obecné řešení diabetu a TK, dále pak rozbor propouštěcích zpráv z nemocnice, alergie atd.

Je o výsledku konzultace informován lékař?

Tab. 21 Zastoupení respondentů dle informování lékaře

Je o výsledku konzultace informován lékař?		
	počet respondentů	vyjádření v procentech
ano	10	16 %
ne	27	43 %
nepravidelně	26	41 %
celkem	63	100 %



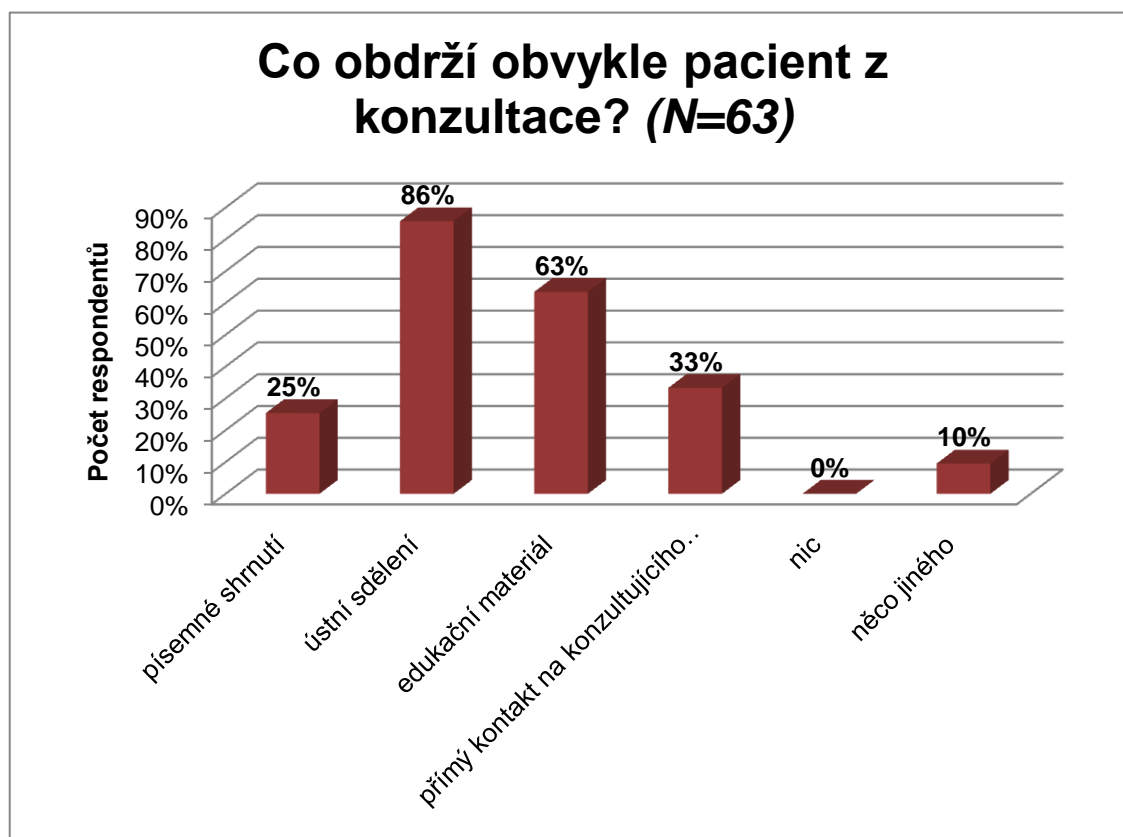
Obr. 19 Grafické znázornění respondentů dle informování lékaře

Výsledky: Lékař je o konzultaci informován jen v 16 %, u dalších 43 % v případě potřeby. A to většinou telefonicky nebo písemnou zprávou z konzultace.

Co obdrží obvykle pacient z konzultace?

Tab. 22 Vyjádření odpovědí na otázku

Co obdrží obvykle pacient z konzultace?		
	počet respondentů	vyjádření v procentech
písemné shrnutí	16	25 %
ústní sdělení	54	86 %
edukační materiál	40	63 %
přímý kontakt na konzultujícího farmaceuta, resp. farm. asistenta	21	33 %
nic	0	0 %
něco jiného	6	10 %



Obr. 20 Grafické znázornění odpovědí na otázku

Výsledky: Nejvíce lékáren podává pacientovi jen ústní sdělení, popř. edukační materiál k danému problému. Jen 25 % poskytuje písemné shrnutí z konzultace. V případě potřeby dají pacientovi také přímý kontakt na daného odborníka.

4 Diskuse

Lze říci, že se jedná o první výzkum s tímto zaměřením provedeným v České republice. Jedním z limitů předkládané studie je poměrně malý vzorek. Přesto jsme získali řadu zajímavých údajů, které ukazují na reálný stav konzultační činnosti v českých lékárnách a naznačují pravděpodobně i největší bariéry konzultační činnosti.

Průzkum ukázal, že do konzultační činnosti se v České republice zapojuje zhruba čtvrtina respondentů, což odpovídá 2,6 % všech lékáren v ČR. Je optimistické, že další třetina respondentů o konzultacích do budoucna uvažuje a někteří dokonce už podnikli kroky k jejímu možnému poskytování. Zbytek pro řadu důvodů a překážek zatím nevidí možnost zavést konzultační činnost do svých lékáren, najdou se i tací, kteří shledávají zabývání se touto službou za zcela zbytečné. Je zřejmé, že bude potřeba ještě dlouhého vývoje, než se dostane konzultační činnost do běžné praxe.

Oslovení lékáren e-mailem se ukázalo jako málo efektivní, i když 11% návratnost koresponduje s jinými šetřeními provedenými mezi českými lékárníky. Rovněž větší míra zapojení ČLnK do tohoto projektu mohla negativním způsobem ovlivnit zájem lékáren o tento projekt. Elektronická forma však byla zvolena kvůli finanční úspoře a spolupráce s ČLnK z důvodu, že disponuje aktuálními kontakty na lékárny.

Z lékáren, které odpověděly na náš dotazník, bylo 8 % nemocničních, což zhruba koresponduje se skutečným poměrem nemocničních (5 %) a veřejných lékáren dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR). Z lékáren provádějících konzultační činnost bylo 13 % lékáren nemocničních. Z toho lze usuzovat, že nemocniční lékárny jsou v nabídce těchto služeb o něco aktivnější, než lékárny veřejné.

Největší podíl mezi spolupracujícími lékárnami představoval Jihomoravský kraj, Praha a Moravskoslezský kraj, což odpovídá tomu, že v těchto krajích je největší počet lékáren. Také asi proto se nachází nejvíce lékáren poskytujících konzultační činnost (9) právě v Jihomoravském kraji. I když se jedná jen o 3 % lékáren tohoto regionu. Nejlépe pokrytou oblastí je Olomoucký kraj, kde tuto službu nabízí 5 % lékáren. Naopak nejhůře je na tom jihozápad republiky spolu se Středočeským krajem a Vysočinou.

Potvrdilo se, že konzultační činnost se u nás rozvíjí v podstatě od roku 2000, ve větším rozsahu pak od roku 2005, přičemž zlomovým byl rok 2008 a hlavně 2009, kdy s konzultacemi začalo 22 % lékáren, které reagovalo na náš dotazník. V roce 2010 přibyla opět přibližně pětina. Souvisí to pravděpodobně s tím, že v tomto období proběhla také řada osvětových a edukačních aktivit zaměřených na konzultační činnost. Nicméně počet provedených konzultací je zatím poměrně nízký, většina lékáren provede do deseti, popř. dvaceti konzultací za rok, větší počet konzultací uváděly zejména nemocniční lékárny. Celá čtvrtina nám nebyla schopna tyto údaje poskytnout, vzhledem k tomu, že si nevede o činnosti žádnou dokumentaci. Tu si vede při konzultaci jen třetina lékáren a ještě ne všechny si ji archivují.

Přestože jen malé procento lékáren uvedlo jako důvod neposkytování konzultací finance a největším problémem jsou podle nich nevyhovující prostory, je nutno se na tuto stránku také zaměřit. Z poznámek, resp. komentářů bylo jasné patrné, že hodně soukromých lékáren v dnešní době bojuje s konkurencí v podobě velkých řetězců lékáren, které nabízejí zákazníkům řadu výhod a slev. Bohužel lékárník zatím není za čas věnovaný pacientovi navíc nijak ohodnocen a lékárny poskytují téměř vždy konzultace zdarma. Je na zvážení každého, jestli ale právě vynaložení nadstandardního úsilí není také určitou výhodou, na kterou by mohli pacienti slyšet. Studie ze zemí, ve kterých je konzultační činnost zavedena, většinou dokládají proplácení této činnosti ze zdravotního pojištění, což může být další motivací k poskytování této služby a případnému posílení ekonomiky lékárny.

Co se týká problémů s prostory, více jak polovina respondentů má přiměřeně vyhovující zázemí (samostatná místnost, popř. kancelář), alespoň co se týče soukromí. Nejideálnější pro poskytování konzultační činnosti je samozřejmě samostatná místnost vyhrazená přímo pro konzultace, která je také příslušným způsobem vybavena. Tou však disponuje jen čtvrtina lékáren. Řada lékáren, má pro konzultace vyhrazené pouze oddělené místo. I to se dá považovat za ucházející, je-li dostatečně daleko od ostatních klientů lékárny a není-li rozhovor lékárníka s pacientem narušován jinými vlivy (ostatní pracovníci lékárny apod.). Jako nevyhovující je třeba určitě označit jakékoli místo přímo v ordinaci.

Konzultace vedou především lékárníci, zhruba v polovině lékáren se na nich podílejí všichni zaměstnaní farmaceuti lékárny, v dalších jen část z nich. V některých

lékárnách se do konzultací zapojují také farmaceutičtí asistenti, i když nelze říci v jaké podobě. Malá část lékáren (8 %) spolupracuje i s jinými odborníky, kteří se konzultací rovněž účastní, popř. je přímo vedou. Řadě lékáren se daří navázat spolupráci především s lékaři různých odborností nebo specializovanými centry. Nemocniční lékárny kooperují především s odděleními nemocnice.

To kdo a jak se podílí na konzultacích, je důležité z hlediska odbornosti. Na důležitost odborných znalostí a dalších zejména komunikačních dovedností totiž poukazují snad všechny publikované práce. Podle nich je pro zdárný rozvoj konzultační činnosti zcela klíčová právě opakovaná edukace konzultujících pracovníků lékárny. Opomenout přitom nelze ani neustálý výcvik komunikace s pacientem. K tomu slouží řada školení, seminářů a doporučených postupů v této oblasti. Je jistě škoda, že málo jsou rozšířeny stáže na pracovištích, které mají s těmito aktivitami dlouhodobé zkušenosti. Některé lékárny přímo uvedly, že s konzultacemi začaly po absolvování takto zaměřených seminářů. Profesní vzdělávání je však celoživotní proces, takže dobře prováděná konzultační činnost nestojí na návštěvě několika kurzů. Nezbytné je proto trvalé posilování odbornosti všech pracovníků lékáren zapojených do konzultací.

Doporučené postupy ČLnK využívá více než polovina respondentů (56 %), čtvrtina je nevyužívá a zbytek o nich zatím ani neví. Někdy může být problém orientovat se v množství informací, které se na nás valí, rovněž můžeme nalézt v těchto DP řadu nedostatků. Přesto je ale opravdu smutné, pokud lékárníci nemají o tomto počínu žádné povědomí.

Konzultace jsou všeobecně nejvíce zaměřeny na řešení problémů v rámci samoléčby, rozbor farmakoterapie, správné užívání léků a měření tlaku. Každá lékárna se následně zabývá některým specifickým poradenstvím. Pro srovnání, z nizozemské studie vyplývá, že nejvíce řešeným tématem jsou jednoznačně vedlejší účinky léčiv, dále pak interakce, rozbor základního onemocnění spolu s farmakoterapií a generická substituce. Podobné výsledky dokládá finská studie, lékárny na předním místě konzultují hlavně nežádoucí účinky a interakce léčiv. V rámci samoléčby řeší především problémy kožního, gastrointestinálního, respiračního ústrojí a bolest, což odpovídá i odpovědím, které udávali čeští lékárníci.

Více jak polovina lékáren poskytuje konzultace nepravidelně, na vyžádání pacienta, pouze malá část má pro ně vyhrazenou dobu. To vzhledem k malému počtu

poskytovaných konzultací není v současné době problém, ale případné rozšíření této služby bude vyžadovat i větší čas lékárníka. Ten má však mimo jiné na starosti dispenzaci veškerých léků na recept, kterou za něj nemůže nikdo převzít. Jednou z možností je samozřejmě rozšíření personálu, což sebou však ponese další finanční zatížení lékárny. Je tedy otázkou, jak by situaci pomohlo stále diskutované uvolnění dispensace léků na recept i pro farmaceutické asistenty. Lékárník by se pak mohl více věnovat např. konzultacím s pacienty.

Asi největším problémem u nás je, že konzultační činnost není jednoznačně legislativně ukotvena a definována. Můžeme doufat, že to se snad v brzké době změní spolu s připravovaným zákonem o zdravotních službách a že do něho budou zahrnuty i některé požadavky ČLnK. Ten by měl nahradit zákon o péči o zdraví lidu a zákon o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. V návrhu uvedeného zákona je nově definována lékárenská péče, včetně poradenství a konzultační činnosti takto:

„Lékárenská péče, jejímž účelem je zajišťování, příprava, úprava, uchovávání, kontrola a výdej léčiv, s výjimkou transfuzních přípravků a surovin pro výrobu krevních derivátů podle zákona o léčivech, laboratorních chemikálií, zkoumadel, dezinfekčních přípravků, zajišťování, uchovávání, výdej a prodej zdravotnických prostředků podle zákona o zdravotnických prostředcích, zajišťování, uchovávání, výdej a prodej potravin pro zvláštní lékařské účely; v rámci těchto služeb je dále poskytováno poradenství a konzultační služby v oblasti prevence a včasného rozpoznávání onemocnění, podpory zdraví a užívání léčivých přípravků.“

Tento zákon se opírá o zákon o zdravotnických povoláních lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, konkrétně o část specializované způsobilosti farmaceuta. Ta říká, že nové obory specializačního vzdělávání stanoví ministerstvo vyhláškou po projednání s univerzitami, ČLnK a odbornými společnostmi. Toto úsilí je aktivně podporováno oběma farmaceutickými fakultami tím, že do studijního plánu zařazují stále více předmětů zabývajících se lékárenskou péčí a komunikací s pacientem.

Další problém představuje nedostatečně vedená dokumentace samotných konzultací. Chybí tak jakékoli výstupy nejen pro zpětnou kontrolu kvality konzultací, ale současně nemáme k dispozici ani doklady o tom, že tato činnost de facto vůbec probíhá. Tím jsou limitována další jednání o této službě, jako např. snaha o zajištění finančního ohodnocení od zdravotních pojišťoven. Protože co není zdokumentované,

rozhodně nikdo nezaplatí. To je vidět na příkladu Velké Británie, kde se musí veškerá činnost dokumentovat jako doklad pro následné proplacení a archivovat po dobu alespoň jednoho roku pro možnou zpětnou kontrolu.

Bezpochyby by další kroky měly směřovat k rozšiřování povědomí mezi lékárníky. Z některých reakcí bylo patrné, že si neuvědomují rozdíl mezi konzultační činností mimo táru a informacemi poskytovanými běžně při dispenzací. Bohužel část si ani nechce tento rozdíl připustit a trvá na tom, že konzultační činnost provádí, i když ve skutečnosti neposkytují pacientům dostatečné soukromí a nemají vyhovující materiální a technické zabezpečení, které je pro konzultace nezbytné.

Výsledky ukazují, že některé dílčí kroky jako vytvoření doporučených postupů nebo edukační aktivity zaměřené na konzultační činnost mohou představovat ten správný stimul pro lékárníky. Zároveň výchova budoucích lékárníků již při studiu by měla tvořit hlavní oporu konzultační činnosti. A protože obě farmaceutické fakulty v ČR jsou tomuto směru nakloněny, jedná se pravděpodobně o nejmenší překážku.

Nová generace představuje příležitost pro jiný přístup. To dokazuje např. i v nedávné době vzniklé občanského sdružení Mladí lékárníci, které sdružuje především začínající lékárníky, kteří se chtějí podílet na dalším rozvoji našeho lékařství. Mezi jeho cíle patří i rozvoj odbornosti, poradenství, monitoringu a přijetí větší společenské odpovědnosti lékárníkem.

5 Závěr

Zatímco v řadě zemí je konzultační činnost běžnou součástí lékárenské praxe, u nás je teprve na začátku a stále ji provádí jen malé procento lékáren. Je i těžké říci, že tato činnost v našich lékárnách vůbec probíhá, vzhledem k chybějící jakékoli dokumentaci.

Je prokázáno, že u pacientů, kterým byla poskytnuta v lékárně konzultace ohledně jejich farmakoterapie a zdravotních problémů, se vyskytovalo daleko méně nežádoucích účinků spojených s léčivý ve srovnání s pacienty, kteří si léky jen vyzvedli. Konzultační činnost poskytovaná v lékárně je jednoznačně jedním z nezbytných nástrojů v péči o pacienta vedoucí ke zlepšení situace ve zdravotnictví. Z pohledu lékárníků dává zároveň možnost většího uplatnění jejich odborných znalostí a upevnění jejich profesionálního postavení. A i v ČR by se touto cestou měla lékárenská péče dále ubírat.

Z mnoha zahraničních studií se nám podařilo získat představu o zkušenostech s konzultační činností v řadě zemí. Zároveň jsme průzkumem dostali obrázek o rozvoji a podmínkách konzultační činnosti v českých lékárnách, což bylo hlavními cíly této práce. Na základě těchto poznatků můžeme konstatovat, že další aktivity by měly směřovat k rozšiřování povědomí o konzultační činnosti mezi lékárníky, aby pochopili její smysl a důležitost. Ti by následně mohli nabízet tuto službu pacientům. Dále by se mělo apelovat jak na lékárníky, kteří konzultace již provádí, tak na nově začínající, aby si vedli dokumentaci. Dostatek kvalitních dokladů pak teprve může ukázat na užitečnost konzultační činnosti a vytvořit základ pro další možný rozvoj této činnosti.

Dá se říci, že vytyčené cíle práce byly splněny. Doufám, že mé poznatky poslouží k dalšímu rozmachu a rozšíření této činnosti.

6 Použitá literatura

1. Hepler, CD.; Strand, LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* **1990 Mar**, 47 (3), 533-543.
2. van Mil, JWF.; Schulz, M. A review of pharmaceutical care in community pharmacy in Europe. *Harvard Health Policy Review.* **2006**, 7 (1), 155-168. http://www.hcs.harvard.edu/~hhpr/publications/previous/06s/van_Mil_and_Schulz.pdf (accessed Nov 26, 2010)
3. Grodza, J.; Hojný, M.; Holušová, D.; Chudoba, L.; Kršková, A.; Rybanová, M.; Skopová, J.; Sokolová, I.; Štěpková, L.; Švimberská, E. Lékárenská péče. http://www.hmccr.cz/files/hmccr.eu/u2/lekarenska_pece_0.pdf (accessed Nov 27, 2010)
4. Práznovcová, L. Farmaceutická péče. *PACE NEWS.* **2000**, 1 (3), 3.
5. ASHP Guidelines on Pharmacist-Conducted Patient Education and Counseling. *Am J Health Syst Pharm.* **1997 Feb**, 54 (4), 431-434.
6. Puspitasari, HP.; Aslani, P.; Krass, I. A review of counseling practices on prescription medicines in community pharmacies. *Res Social Adm Pharm.* **2009 Sep**, 5 (3), 197-210.
7. Seberová, D. Vývoj konzultační činnosti v České republice. *PACE NEWS.* **2010**, 11 (1), 4-5.
8. ČLnK, *Doporučené postupy České lékárnické komory pro konzultační činnost v lékárnách*; Solen: 2010. ISBN 978-80-87-327-48-7.
9. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Vyhláška č. 221/2010 Sb. o požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení.* 2010.
10. Cook, DM.; Mburia-Mwalili, A. Medication Therapy Management Favors Large Pharmacy Chains and Creates Potential Conflicts of Interest. *JMCP.* **2009 Jul/Aug**, 15 (6), 495-500.
11. American Pharmacists Association. <http://www.pharmacist.com/AM/Template.cfm?Section=MTM&Template=/TaggedPage/TaggedPageDisplay.cfm&TPLID=87&ContentID=22413> (accessed Dec 26, 2010)

12. Chater, RW.; Moczygemba, LR.; Lawson, KA.; Barner, JC.; Patterson, B.; Reed, B.; Duke, MS. Building the business model for medication therapy management services. *J Am Pharm Assoc* (2003). **2008 Jan-Feb**, 48 (1), 16-22.
13. Barnett, MJ.; Frank, J.; Wehring, H.; Newland, B.; VonMuenster, S.; Kumbera, P.; Halterman, T.; Perry, PJ. Analysis of Pharmacist-Provided Medication Therapy Management (MTM) Services in Community Pharmacies Over 7 Years. *J Manag Care Pharm*. **2009 Jan-Feb**, 15 (1), 18-31.
14. American Pharmacists Association; National Association of Chain Drug Stores Foundation. Medication therapy management in pharmacy practise: Core elements of an MTM service model Version 2.0. **2008 March**. <http://www.pharmacist.com/AM/Template.cfm?Section=Pharmacists&CONTENTID=19013&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm> (accessed Dec 26, 2010)
15. American Society of Health-System Pharmacists. <http://www.ashp.org/> (accessed Dec 28, 2010)
16. Práznovcová, L.; Suchopár J. Představujeme Vám program PACE a jeho aktivity do konce roku 2000. *PACE NEWS*. **2000**, 1 (1), 1.
17. Apotex. <http://www.rxbriefcase.com/rxpassport/apotex/default.aspx> (accessed March 18, 2011)
18. Tracy, CS.; Upshur, RE. MedsCheck: an opportunity missed. *CMAJ*. **2008 Feb 12**, 178 (4), 440.
19. Ontario Ministry of Health and Long - Term Care. Meds Check Program: Update. **2007 May 29**. http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/drugs/meds_check/pdf/meds_check_bbs_01_20070528.pdf (accessed March 18, 2011)
20. Ontario Ministry of Health and Long - Term Care. <http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/drugs/medscheck/> (accessed March 18, 2011)
21. PCNE. <http://www.pcne.org/MedRev.htm> (accessed March 21, 2011)
22. EuroPharmForum. <http://www.euopharmforum.org/page/4242> (accessed March 21, 2011)
23. Hassell, K.; Noyce, PR.; Rogers, A.; Harris, J.; Wilkinson, J. A pathway to the GP: the pharmaceutical consultation as a first port of call in primary health care. *Family practise*. **1997**, 14 (6), 498-502.

24. Practice Guidance on Blood Pressure Monitoring by Community Pharmacists. **2003 Jan.**
25. The Department of health. A Vision for Pharmacy in the New NHS. **2003 Jul.**
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4070099.pdf (accessed Feb 24, 2011)
26. Pharmaceutical Services Negotiating Committee.
http://www.psn.org.uk/pages/advanced_services.html (accessed April 17, 2011)
27. Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. Practice Guidance on the Care of People with Diabetes. **2004 Nov.**
28. Westerlund, LT.; Björk, HT. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Sweden. *Ann Pharmacother.* **2006 Jun**, 40 (6), 1162-9.
29. Montgomery, AT.; Lindblad, AK.; Eddby, P.; Soderlund, E.; Tully, MP.; Sporrang, SK. Counselling behaviour and content in a pharmaceutical care service in Swedish community pharmacies. *Pharm World Sci.* **2010**, 32 (4), 455-463.
30. Kurko, T.; Linden, K.; Pietilä, K.; Sandström, P.; Airaksinen, M. Community pharmacists' involvement in smoking cessation: familiarity and implementation of the National smoking cessation guideline in Finland. *BMC Public Health.* **2010 Jul 29**, 10, 444.
31. Kansanaho, H.; Puumalainen, I.; Varunki, M.; Ahonen, R.; Airaksinen, M. Implementation of a professional program in Finnish community pharmacies in 2000-2002. *Patient Educ Couns.* **2005 Jun**, 57 (3), 272-279.
32. Puumalainen, I.; Kansanaho, H.; Varunki, M.; Ahonen, R.; Airaksinen, M. Usefulness of the USP Medication Counselling Behavior Guidelines. *Pharm World Sci.* **2005 Dec**, 27 (6), 465-8.
33. Hohmann, C.; Klotz, JM.; Radziwill, R.; Jacobs, AH.; Kissel, T. Pharmaceutical care for patients with ischemic stroke: improving the patients quality of life. *Pharm World Sci.* **2009 Oct**, 31 (5), 550-558.
34. ABDA. <http://www.abda.de/apotheke.html> (accessed March 19, 2011)
35. Mark, MP. The general pharmacy work explored in The Netherlands. *Pharm World Sci.* **2008 Aug**, 30 (4), 353-359.
36. Mark, MP. The counter and consultation room work explored in the Netherlands. *Pharm World Sci.* **2008 Aug**, 30 (4), 360-366.
37. Kooy, MJ.; Dessing, WS.; Kroodsmma, EF.; Smits ,SR.; Fietje, EH.; Kruijtbosch, M.; De Smet, PA. Frequency, nature and determinants of pharmaceutical

- consultations provided in private by Dutch community pharmacists. *Pharm World Sci.* **2007 Apr**, 29 (2), 81-89.
38. Pharmaceutical Care Research Group, University of Granada (Spain). Pharmacotherapy follow-up: The Dader method (3rd revision 2005). *Pharmacy practise.* **2006**, 4 (1), 44-53.
39. Zajícová M. Dispenzační minimum, jak by dnes mělo vypadat - obecný pohled praktikujícího lékárníka. *Prakt. Lékáren.* **2005**, 1 (2), 92-93.
40. Ministerstvo zdravotnictví. *Vyhláška č. 84/2008 o správné lékařské praxi, bližších podmínkách zacházení s léčivy v lékárnách, zdravotnických zařízeních a u dalších provozovatelů a zařízení vydávajících léčivé přípravky.* 2008.
41. Pavlík, L. Lékárníci stanovili metodiku pro „Konzultace“. *PACE NEWS.* **2009**, 10 (1), 4.
42. Česká lékárnická komora.
<http://www.lekarnici.cz/Pro-verejnost/PORADENSTVI---KONZULTACE-%281%29.aspx> (accessed March 23, 2011)
43. EuroPharmForum. Improved quality in diabetes care - The pharmacist in the St Vincent team: Protocol and guidelines. **2001 June**.
<https://files.pbworks.com/download/BuIWGUpiR2/europharm/19341757/diabetes.pdf?ld=1> (accessed March 28, 2011)
44. Ylänne, V.; John, DN. Roles of Medicines Counter Assistants in advice giving in community pharmacies: a Discourse Analysis. *Pharm World Sci.* **2008 Apr**, 30 (2), 199-207.

7 Seznam tabulek

Tab. 1 Zastoupení respondentů dle kraje	42
Tab. 2 Zastoupení respondentů dle typu lékárny	43
Tab. 3 Vyjádření odpovědí k otázce č. 4	44
Tab. 4 Vyjádření odpovědí k otázce	45
Tab. 5 Zastoupení respondentů provádějících KČ dle kraje.....	46
Tab. 6 Zastoupení respondentů provádějících KČ dle typu lékárny.....	47
Tab. 7 Zastoupení respondentů dle doby, od které je poskytována KČ	48
Tab. 8 Vyjádření odpovědí na otázku	49
Tab. 9 Zastoupení respondentů dle otázky	50
Tab. 10 Zastoupení respondentů dle průměrného počtu konzultací za rok	51
Tab. 11 Vyjádření odpovědí na otázku	52
Tab. 12 Zastoupení respondentů dle prostorů mající pro konzultace	53
Tab. 13 Zastoupení respondentů dle jejich požadavků na přípravu pacienta	54
Tab. 14 Zastoupení respondentů dle vedení záznamu při konzultaci	55
Tab. 15 Vyjádření odpovědí na otázku	56
Tab. 16 Zastoupení lékáren dle používání DP ČLnK	57
Tab. 17 Zastoupení respondentů dle poskytování edukačních materiálů	58
Tab. 18 Vyjádření odpovědí na otázku	59
Tab. 19 Zastoupení respondentů dle finančního ohodnocení konzultace	60
Tab. 20 Vyjádření odpovědí na otázku	61
Tab. 21 Zastoupení respondentů dle informování lékaře	62
Tab. 22 Vyjádření odpovědí na otázku	63

8 Seznam obrázků

Obr. 1 Grafické znázornění respondentů dle typu lékárny	43
Obr. 2 Grafické znázornění odpovědí k otázce č. 4.....	44
Obr. 3 Grafické znázornění odpovědí k otázce.....	45
Obr. 4 Grafické znázornění respondentů provádějících KČ dle typu lékárny	47
Obr. 5 Grafické znázornění respondentů dle doby, od které je poskytována KČ.....	48
Obr. 6 Grafické znázornění odpovědí na otázku	49
Obr. 7 Grafické znázornění respondentů dle otázky.....	50
Obr. 8 Grafické znázornění respondentů dle průměrného počtu konzultací za rok	51
Obr. 9 Grafické znázornění odpovědí na otázku	52
Obr. 10 Grafické znázornění respondentů dle prostorů mající pro konzultace	53
Obr. 11 Grafické znázornění respondentů dle jejich požadavků na přípravu pacienta ..	54
Obr. 12 Grafické znázornění respondentů dle vedení záznamu při konzultaci	55
Obr. 13 Grafické znázornění odpovědí na otázku	56
Obr. 14 Grafické znázornění respondentů dle používání DP ČLnK	57
Obr. 15 Grafické znázornění respondentů dle poskytování edukačních materiálů	58
Obr. 16 Grafické znázornění odpovědí na otázku č. 17.....	59
Obr. 17 Grafické znázornění respondentů dle finančního ohodnocení konzultace	60
Obr. 18 grafické znázornění odpovědí na otázku č. 19	61
Obr. 19 Grafické znázornění respondentů dle informování lékaře.....	62
Obr. 20 Grafické znázornění odpovědí na otázku	63

9 Přílohy

Dotazník o poskytování konzultační činnosti v lékárně

1. Typ lékárny

☐ veřejná (*vyberte více možností*)

☐ majitelem je fyzická osoba - lékárník

☐ provozovatelem je právnická osoba

☐ součást sítě lékáren (od pěti lékáren)

☐ nachází se v obchodním centru

☐ nemocniční (lékárna poskytující lékárenskou péči v rámci nemocnice, popř. jiného zdravotnického zařízení ústavní péče)

☐ státní vlastnictví

☐ jiné vlastnictví (např. kraj)

2. Místo lékárny

Kraj

Obec

Popř. alespoň velikost obce (počet obyvatel)

3. Počet zaměstnanců/počet úvazků k dnešnímu dni

Farmaceut /

Farm. asistent /

Ostatní /

4. Provádíte v lékárně konzultační činnost?

☐ ano

☐ ne, uveďte důvod (*vyberte více možností*)

☐ nedostatek odborného personálu

☐ nevyhovující prostorové zázemí

☐ nezájem pacientů o tuto službu

☐ ekonomické důvody

☐ uvažujeme o tom

5. Kdy jste začali konzultační činnost poskytovat?

Rok

6. Jakým způsobem jste oslovili potenciální zájemce o tuto aktivitu? *(vyberte více možností)*

- ☐ přímé oslovení pacientů lékárny expedientem při výdeji
- ☐ na základě spolupráce s lékaři
- ☐ letáky
- ☐ informace na LCD
- ☐ jinak, jak

7. Jak často konzultace poskytujete?

- ☐ pravidelně dle požadavků pacienta (po většinu provozní doby lékárny, případně po předchozím objednání na tuto dobu)
- ☐ v pravidelném intervalu (1x měsíčně, 2x týdně apod.)
- ☐ nepravidelně (na vyžádání pacienta)

8. Celkový počet dosud uskutečněných konzultací?

9. Počet konzultací za rok 2010?

10. Kolik zaměstnanců se do poskytování konzultací zapojuje?

Počet farmaceutů

Počet farm. asistentů

Počet dalších odborníků (nutriční poradce apod.)

11. Jaké prostory máte pro konzultaci vyhrazeny?

- ☐ samostatná místnost
- ☐ kancelář
- ☐ oddělené místo (koutek)
- ☐ jiné, jaké

12. Vyžadujete, aby byl pacient na konzultaci připraven?

☐ ano, jak

☐ ne

13. Vedete si při konzultaci písemný záznam?

☐ ano, v jaké podobě

☐ ne

14. Jaké zdroje informací při konzultacích využíváte? *(vyberte více možností)*

☐ MV-AISLP

☐ www.stránky, jaké

☐ odborné časopisy, jaké

☐ elektronické databáze, jaké

☐ literatura, jaká

☐ jiné, jaké

15. Používáte ke konzultacím doporučené postupy ČLnK?

☐ ano

☐ ne

☐ nevím o nich

16. Poskytujete pacientům edukační materiály (např. brožury, letáky)?

☐ ano

☐ ne

17. Spolupracujete s jinými zdravotnickými zařízeními? *(vyberte více možností)*

☐ oddělení nemocnice

☐ lékař, odbornost

☐ jiné, jaké

18. Jak je konzultace finančně ohodnocena?

☐ zdarma

☐ placena pacientem, popř. v jaké výši ?

☐ oba uvedené způsoby

19. Na jaké oblasti jsou vámi poskytované konzultace zejména zaměřeny? *(vyberte více možností)*

- ☐ rozbor užívané farmakoterapie (dávkování, nežádoucí účinky, interakce, kontraindikace...)
- ☐ řešení zdravotních obtíží v rámci samoléčby
- ☐ správné používání (aplikace) užívaných léčiv
- ☐ obezita
- ☐ odvykání kouření
- ☐ zdravý životní styl
- ☐ měření tlaku
- ☐ měření glykémie
- ☐ nespavost
- ☐ jiné, jaké

20. Je o výsledku konzultace informován lékař?

- ☐ ano, jak
- ☐ ne
- ☐ nepravidelně

21. Co obdrží obvykle pacient z konzultace? *(vyberte více možností)*

- ☐ písemné shrnutí
- ☐ ústní sdělení
- ☐ edukační materiál
- ☐ přímý kontakt na konzultujícího farmaceuta, resp. farm. asistentku
- ☐ nic
- ☐ něco jiného

22. Poznámky